



UNIVERSIDAD
CENTRAL

DOCUMENTOS
DE INVESTIGACIÓN

Economía
ECONOMÍA

Sistemas de protección social
en salud en América Latina.
El caso de Brasil

Carlos Eduardo Cortés Camacho

N.º 17

Diciembre de 2013



**UNIVERSIDAD
CENTRAL**

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,
ECONÓMICAS Y CONTABLES

Departamento de Economía

DOCUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Economía

Sistemas de protección social
en salud en América Latina.
El caso de Brasil

Carlos Eduardo Cortés Camacho

N.º **17**

Diciembre de 2013



UNIVERSIDAD CENTRAL

Consejo Superior

Fernando Sánchez Torres (presidente)

Rafael Santos Calderón

Jaime Posada Díaz

Jaime Arias Ramírez

Pedro Luis González Ramírez

(representante de los docentes)

Angélica María González

(representante de los estudiantes)

Rector

Rafael Santos Calderón

Vicerrector Académico

Fernando Chaparro Osorio

Vicerrector Administrativo y Financiero

Nelson Gnecco Iglesias

UNA PUBLICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA

Darío Germán Umaña

Decano Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables

Germán Raúl Chaparro

Director del Departamento de Economía

Documentos de investigación. Economía, n.º 17

Sistemas de protección social en salud en América Latina. El caso de Brasil

ISBN para PDF: 978-958-26-0286-4

Primera edición: diciembre de 2013

Autor: Carlos Eduardo Cortés Camacho

Ediciones Universidad Central

Carrera 5 n.º 21-38. Bogotá D. C., Colombia

Tel.: 334 49 97 y 323 98 68, exts. 2353 y 2356

editorial@ucentral.edu.co

Catalogación en la Publicación Universidad Central

Cortés Camacho, Carlos Eduardo

Sistemas de protección social en salud en América Latina : el caso de Brasil/Carlos Eduardo Cortés Camacho ; editora Edna Rocío Rivera Penagos. -- Bogotá : Ediciones Universidad Central, 2013.

29 páginas ; 28 cm. -- (Documentos de investigación. Economía ; número 17)

ISBN para PDF: 978-958-26-0286-4

1 Salud pública – Costos - América Latina – Brasil 2 Salud pública - Aspectos sociales - América Latina – Brasil 3 Salud pública - Aspectos económicos - América Latina – Brasil 4 Seguridad Social - América Latina – Brasil 5 Política de salud - América Latina – Brasil I Rivera Penagos, Edna Rocío, editora II Universidad Central Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables Departamento de Economía

362.10425–dc23

PTBUC/RVP

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Departamento de Comunicación y Publicaciones

Dirección: Edna Rocío Rivera Penagos

Coordinación editorial: Héctor Sanabria R.

Diseño y diagramación: Patricia Salinas Garzón

Diseño de carátula: Mauricio Ladino

Corrección de textos: Nicolás Rojas Sierra

Editado en Colombia • Published in Colombia



Material publicado de acuerdo con los términos de la licencia Creative Commons 4.0 internacional. Usted es libre de copiar, adaptar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, siempre y cuando dé los créditos de manera apropiada, no lo haga con fines comerciales y difunda el resultado con la misma licencia del original.

Los argumentos y opiniones expuestos en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor, y reflejan su pensamiento y no necesariamente el de la Universidad Central. De igual modo, tampoco comprometen a la Policía Nacional.

Contenido

Índice de abreviaturas	7
Introducción	9
1. Recorrido histórico	11
1.1 Evolución de la estructura del sistema	12
1.2 El régimen político y la protección social en salud	13
1.3 Hitos y marco jurídico.....	15
2. Caracterización del actual Sistema Universal de Salud	17
2.1 Financiación	18
2.2 Control ciudadano	19
2.3 Organización	19
2.4 Indicadores generales y sectoriales	20
3. Comentarios finales	27
Referencias	29

Sistemas de protección social en salud en América Latina. El caso de Brasil

Carlos Eduardo Cortés Camacho*
Universidad Central

Resumen

La evolución del sistema brasileño de protección social en salud, al igual que la de los sistemas de otros países de América Latina, ha estado ligada al régimen de acumulación de capital y su trasfondo político, los cuales, a su vez, han generado un marco jurídico marcado por hitos históricos concretos. Para analizar el caso brasileño, en este documento se señalan determinadas etapas previas del proceso que desemboca en la redemocratización del país y la posterior llegada al poder de gobiernos centrados en la necesidad de dar solución a los problemas sociales que aquejan a la población, entre ellos el del acceso a los servicios de salud. El modelo económico y político adoptado por tales gobiernos permitió lograr avances reflejados en cobertura y calidad de los servicios, aproximándose a lo consignado en la Constitución de 1988, a partir del establecimiento de mecanismos de participación ciudadana en la toma de decisiones. La conjunción del proceso de redemocratización, el liderazgo de movimientos civiles y las políticas participativas promovidas desde el gobierno generó resultados satisfactorios en cobertura, accesibilidad, calidad y control ciudadano de los servicios de salud, a pesar de que todavía se experimentan dificultades importantes para la evolución positiva de algunos indicadores.

Palabras clave: protección social en salud, cobertura, accesibilidad, políticas participativas, control ciudadano.

Código JEL: I13, I18, I14, N36.

* Economista agrario de la Universidad INCCA de Colombia y magíster en Investigación en Problemas Sociales Contemporáneos de la Universidad Central-Iesco. Es docente de tiempo completo del Departamento de Economía de la Universidad Central. Correo electrónico: ccortesc1@ucentral.edu.co.

Social health protection systems in Latin America. The Brazilian case

Carlos Eduardo Cortés Camacho
Universidad Central

Abstract

The evolution of the Brazilian social health protection system, as in other Latin America systems, has being tied to the capital accumulation and its political background, which also has generated a legal frame signed by specific historical milestones. To analyze the Brazilian case, this document shows defined previous stages of the process that ends in the redemocratization of the country and the arrival of new governments that emphasize the need to give a solution to the social problems that affect the people, in which is included the access to health services. The economic and politic model adopted by those governments allowed important advances that are reflected in the coverage and the quality of the services, getting close to what was confined in the 1988 constitution, since the establishment of mechanisms for citizen participation in making decisions. The conjunction between the redemocratization process, the civil movements' leadership and the participatory policy promoted by the government generates satisfactory results in coverage, access, quality and citizen control over the health services, even when there are still important difficulties to evolve positively in some indicators.

Keywords: Social health protection, coverage, access, participatory policies, citizen control.

Índice de abreviaturas

CAP	Caja de Jubilación y Pensiones
Ceme	Central de Medicamentos
FNS	Fondo Nacional de Salud
FPAS	Fondo de Previsión y Asistencia Social
IAP	Instituto de Jubilaciones y Pensiones
Inamps	Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social
INPS	Instituto Nacional de Previsión Social
Isags	Instituto Suramericano de Gobierno en Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto interno bruto
Sinpas	Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social
SUNSP	Sistema Único Nacional de Salud Pública
SUS	Sistema Único de Salud

Introducción

En un boletín del 2 de febrero de 2012, el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (Isags) —instituto de carácter técnico adscrito a Unasur, que promueve la mejor calidad en los sistemas de salud mediante la formación de líderes, la gestión de conocimiento y el apoyo técnico— señala al Sistema Único de Salud (SUS) brasileño como ejemplo de acceso de la población al sistema de salud pública y modelo de referencia para otros países cuyos sistemas se encuentran en construcción. En aspectos relacionados con la atención básica, el financiamiento, los desafíos epidemiológicos, la salud mental y los servicios de emergencia, dicho instituto afirma que, a pesar de que hay mucho por mejorar aún, la experiencia brasileña puede hacer importantes aportes a otros países interesados en estructurar un sistema universal de calidad.

En consecuencia, es interesante estudiar la evolución histórica que ha registrado el sistema de protección en salud pública de Brasil hasta constituirse en referente recomendado por organismos internacionales; analizar su estado a

partir de los indicadores usualmente utilizados para tal efecto, y contrastarlo con los modelos de otros países de la región. Para tal efecto, este documento parte de un recorrido histórico que permite seguir la evolución del sistema y los cambios en su estructura desde 1923 hasta la actualidad, para después establecer relaciones entre el proceso evolutivo, los cambios registrados en el sistema político durante este proceso y el desarrollo del marco jurídico en relación con algunos hitos históricos. Luego se analiza el sistema actual mediante una caracterización basada en elementos organizacionales, financieros y de control ciudadano. Por último, a partir de indicadores económicos generales y sectoriales, se estudia el desempeño de variables que se consideran fundamentales para el sistema en el periodo 1990-2010, y se concluye con algunos comentarios finales.

Recorrido histórico

En su estudio comparativo sobre los sistemas de protección social en Colombia, Brasil y México, Le Bonniec (2002) define tres etapas en la trayectoria del sistema brasileño. La primera de ellas, ubicada temporalmente entre 1930 y 1964, la denomina etapa de “origen y expansión segmentada y selectiva”. La segunda, transcurrida entre 1964 y 1977, la denomina como etapa de “la protección social en la época del milagro brasileño”, y corresponde al periodo de expansión masiva del sistema. Y la tercera, entre 1980 y 1988, la define como etapa de “crisis y reestructuración, transición democrática y universalización”. Desde 1988 hasta el final del periodo de tiempo analizado se estructura, ajusta y desarrolla el Sistema Único de Salud (SUS) propuesto en la reforma constitucional que se concreta ese mismo año. Cada una de estas etapas y sus desarrollos responden a momentos históricos, políticos y sociales específicos, afectados por circunstancias internas y externas que contribuyen a su caracterización.

En términos generales, puede señalarse respecto a la primera etapa que el acontecimiento que dio inicio a la expansión del sistema está configurado por el surgimiento del Estado Novo centralizado —con capacidad de formular políticas de alcance nacional en temas de pensiones y salud pública—, la constitución del seguro social como herramienta y la institucionalización y ampliación del sistema.

En la segunda etapa se registró una expansión masiva motivada por la acelerada industrialización, la subsecuente urbanización y la transformación de la estructura social del país, fenómenos que dieron lugar a una nueva visión de la estructura institucional y financiera para soportarlo. Esta etapa se caracterizó por la acción de un Estado intervencionista que, a través de subsistemas públicos nacionales o regulados por el Estado, pretendió lograr la universalización de la cobertura extendiéndola a la población rural y a los pobres. Este intervencionismo —dirigido específicamente a atender las necesidades de la industrialización “a marcha forzada”— se sustentó en una amplia estrategia de subcontratación de los servicios médicos con el sector privado, dadas las limitaciones del sector público para asumir la atención en salud. También se desarrollaron las modalidades de “convención” (para empresas y sindicatos) y de “medicina de grupo familiar”, dirigidas a segmentos determinados de la población. A mediano y largo plazo, estas modalidades incidieron negativamente en la financiación del sistema, pues generaron sobrefacturación sin garantía de la prestación de los servicios, dada la imposibilidad de ejercer controles efectivos por parte

de los organismos pertinentes. Así, a partir de 1980, la seguridad social brasileña entró en déficit. Es necesario resaltar que en este periodo se creó el Ministerio de la Seguridad y Asistencia Social, en 1974, el cual instauró el Sistema Nacional de Seguridad y Asistencia Social en 1977, con el objetivo de lograr la gestión y operación efectivas del sistema.

La tercera etapa coincidió con la transición hacia la democracia política, escenario propicio para un debate de largo alcance en el que intervinieron las instituciones de protección social, el sector privado y representantes de diversos movimientos sociales, especialmente sanitaristas, sindicalistas y populares urbanos. La discusión produjo como resultado las reformas incluidas en la Constitución de 1988, que amplió los derechos sociales, con la consecuente ampliación del concepto de protección social, que transitó hacia un modo más universal de protección y el establecimiento de beneficios mínimos, acompañados por un mayor compromiso del Estado y la sociedad en el financiamiento del sistema. Paralelamente, la asistencia social se definió como un derecho de la población, independiente de las contribuciones de cualquier naturaleza, y las medidas de asistencia se concibieron como un ingreso mínimo. Igualmente, se garantizó un ingreso equivalente a un salario mínimo para las personas con edad avanzada y para las personas con problemas graves de salud.

El anterior recorrido, propuesto por Le Bonniec (2002), se complementa con la presentación que hace el profesor André César Medici (2004) sobre políticas sociales y el sistema de salud en Brasil, en la que se pueden observar rápida y esquemáticamente sus principales características y la evolución que ha experimentado en los últimos treinta años. El documento indica que antes de los años sesenta hubo una

división de funciones entre el Ministerio de Sanidad —que se ocupaba de la salud colectiva y la asistencia médica a la población de bajos ingresos— y los institutos de jubilaciones y pensiones (IAP, por sus siglas en portugués), que atendían a trabajadores de algunas categorías profesionales, cubiertos por la previsión social, y a sus familias. A partir de la década de los sesenta se aumentó la cobertura del sistema, con la unificación de los IAP en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), que brindó asistencia médica a todos los trabajadores con contrato de trabajo y a aquellos independientes que desearan cotizar al sistema de previsión social. Posteriormente, en 1976, se creó el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (Inamps), como responsable de toda la asistencia médica a la población de trabajadores formales. En las décadas de los setenta y ochenta se amplió la cobertura en salud a sectores no contribuyentes, como la población rural e indigente, y se desarrollaron estrategias para la descentralización de los servicios, acompañadas de programas de expansión de la cobertura. Finalmente, la Constitución de 1988 instituyó el SUS, que estableció como meta la universalización del servicio en todo el país, con un modelo similar al adoptado por los países europeos que escogieron la vía del Estado de bienestar.

1.1 Evolución de la estructura del sistema

Como en otros países de América Latina, el sistema se estructuró inicialmente en 1923 con las cajas de jubilación y pensiones (CAP, por sus siglas en portugués), financiadas por las empresas, los trabajadores y el gobierno, y conformadas por empresas y por gremios. Esta estructura excluía muchos segmentos de la población y restringía la fiscalización que el Gobierno podía ejercer sobre su funcionamiento. En los años treinta, bajo el gobierno de Getúlio Vargas, surgieron los IAP, organismos autónomos dependientes de los gobiernos federales y clasificados por ramas de actividad, que absorbieron a la mayor parte de las cajas y extendieron la cobertura a otros sectores de la población, aunque la alta exclusión continuó caracterizando el sistema. Cabe

resaltar que en esos años, así como en las décadas de los cuarenta y cincuenta, la infraestructura asistencial de estados y municipios era bastante deficiente y estaba apoyada por instituciones filantrópicas y algunos hospitales especializados que dependían del Ministerio de Sanidad. Para suplir la exclusión y otras deficiencias mediante la unificación de las estructuras de asistencia médica de los IAP, se expidió la Ley Orgánica de Previsión Social de 1960. Sin embargo, el proceso fue obstaculizado por los compromisos adquiridos por los gobernantes con los sindicatos que dominaban la estructura administrativa de tales institutos.

El golpe militar de 1964 y la reforma al sistema de previsión social de 1967 dieron origen a la constitución del Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), que absorbió todos los institutos, a excepción del que agrupaba a los funcionarios del Estado, el cual, finalmente, se extinguió en los años ochenta. El INPS se encargó de la asistencia médica de todos los empleados, empleadores y trabajadores independientes que cotizaban al sistema, y de la de sus familias, lo que representó un aumento de la cobertura y la necesidad de contratar servicios con entidades privadas, dadas las limitaciones de la red oficial. Para que pudiera ampliar su oferta de servicios, el sector privado se financió con recursos públicos provenientes del Fondo de Apoyo al Desarrollo Social, creado en 1974. Ese mismo año se creó el Ministerio de Previsión y Asistencia Social que dividió el INPS en tres institutos. Uno de ellos, el Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social (Inamps), estaba destinado a la administración del sistema de previsión en salud. Los otros dos tenían a su cargo diferentes aspectos de la administración financiera.

En 1976 se creó el Sistema Nacional de Previsión y Asistencia Social (Sinpas), y su instrumento financiero, el Fondo de Previsión y Asistencia Social (FPAS). El Sinpas estaba integrado por siete instituciones. Dos de ellas, el Inamps y la Central de Medicamentos (Ceme), formaban el subsistema de asistencia médica. Esta estructura se conservó hasta mediados de los ochenta, apoyada por los subsistemas del Ministerio de Sanidad y por los de los estados y municipios. Con lo dispuesto por la Constitución de 1988,

estos subsistemas se unificaron y se conformó el SUS, que incorporó también la red de hospitales universitarios y las redes privadas, con el objetivo de atender todo el territorio nacional y lograr cobertura universal.

1.2 El régimen político y la protección social en salud

Le Bonniec afirma:

[...] los sistemas de protección social son históricamente determinados por compromisos que se alcanzan a elaborar entre las exigencias propias del régimen de acumulación de capital vigente y las necesidades que surgen en el proceso de legitimación del Estado y régimen político. (2002, p. 204)

En este orden de ideas, las tres etapas definidas para estudiar la trayectoria del sistema brasileño están ligadas claramente al régimen de acumulación de capital y su trasfondo político. En efecto, durante la vigencia de la denominada República Vieja (1889-1930), el país era eminentemente agrícola y el poder político estaba concentrado primero en manos de los militares, en el periodo 1889-1894 —periodo de la llamada República de la Espada—, y después en manos de terratenientes, entre 1894 y 1930, bajo la que se llamó República del Café con Leche. La economía nacional se fundamentó en la explotación y exportación de productos agropecuarios, principalmente café y productos lácteos, provenientes mayoritariamente de los actuales estados de São Paulo y Minas Gerais, que constituían las regiones más ricas del país y detentaban el liderazgo en la representación política, gracias a la oligarquía terrateniente. En este periodo acababa de abolirse la esclavitud y

las relaciones de producción todavía eran predominantemente precapitalistas.

El sistema de protección social no existía, aunque sí se presentaron iniciativas a partir de asociaciones mutualistas de empleados públicos, de ferrocarriles y de correos, y de leyes como la Ley de Accidentes de Trabajo (Ley 3724 de 1919) y la Ley Eloy Chaves, de 1923, que instituyó la Caja de Jubilaciones y Pensiones de los Ferroviarios.

Con la revolución de 1930, que culminó con el ascenso de Getúlio Vargas al poder, se inició el proceso de industrialización del país. Se crearon los ministerios de Trabajo, Industria y Comercio, Educación y Salud, y se expidió la Ley de Sindicalización, que obligó a aprobar los estatutos de los diferentes sindicatos. Se inició el proceso de democratización del país y se expidió la Constitución de 1934, que introdujo cambios significativos en la vida social, económica y política de Brasil.

Entre 1937 y 1945, con la instauración del Estado Novo —un Estado fuerte, centralizado e intervencionista, fundamentado en el nacionalismo económico—, se dio impulso al proceso de industrialización y se fortaleció la legislación laboral. La cobertura del sistema de protección social se amplió significativamente, con base en la vinculación de los trabajadores formales y sus beneficiarios. El proceso de industrialización en el periodo 1930-1960 significó el tránsito de una sociedad eminentemente agrícola a una urbana e industrial. En este último año se sancionó la primera Ley Orgánica de Previsión Social (Ley 3807), que recogió la legislación dispersa y vinculó a profesionales liberales y empleadores al sistema. De acuerdo con Ramos y Lobato, en este intervalo “Brasil consolida un sistema de protección social. Su eje es la relación laboral formalizada, con beneficios que salvo en casos

puntuales (como la LBA) estaban anclados a alguna contribución previa” (2004, p. 3).

En las siguientes décadas, entre 1961 y 1985, bajo la guía de varios gobiernos de corte totalitario elegidos por sufragio indirecto o como resultado de golpes militares, el sistema continuó su proceso de consolidación y ampliación de cobertura extendiéndose a los trabajadores rurales y a los desempleados, a pesar de la crisis financiera que empezó a experimentar desde mediados de los años setenta.

En 1986 se inició el proceso de redemocratización del país y de fortalecimiento del modelo federalista, que se formalizó con la promulgación de la Constitución de 1988. Esta dispuso la universalización de la protección social en salud al definirla en términos de derechos de toda la población y desligarla de los regímenes contributivos. Desde ese momento, todos los esfuerzos han estado dirigidos a lograr metas de universalidad, equidad e integridad.

En este punto, retomando la afirmación de Le Bonniec (2002, p. 204) consignada anteriormente, es necesario profundizar en la relación entre el régimen político y el sistema de protección social en salud de Brasil, a partir del proceso de redemocratización y sus antecedentes inmediatos, para analizar qué tan determinante es esa relación para la estructura del sistema y sus resultados.

Como ya se afirmó, el comienzo del proceso de redemocratización del sistema político brasileño se ha fechado tradicionalmente en 1986. Sin embargo, desde comienzos de los setenta se presentaron varias manifestaciones sociales y políticas relacionadas con el problema de la salud, que antecedieron dicho proceso. Efectivamente, en 1970 surgió el denominado Movimiento Sanitarista, que reunió a intelectuales, políticos, funcionarios públicos, usuarios y otros actores sociales que buscaban la transformación profunda del sistema de salud y su universalización a partir de tres estrategias, según lo plantea Acuña: “a) Unificar el sistema existente, que estaba fragmentado; b) descentralizar la provisión de atención en salud, y c) introducir un proceso democrático de toma de decisiones” (2000, p. 13). La misma autora afirma que “el Movimiento Sanitarista condujo de este modo la Re-

forma Sanitaria que logró que en la Constitución de 1988 se estableciera la organización de un sistema único, público y universal de atención integral de salud” (p. 16).

El sistema se consolida y se fortalece en los gobiernos de Luiz Inácio Lula da Silva (enero de 2003 a diciembre de 2010), quien en una entrevista publicada por el periódico *El Tiempo* afirmaba lo siguiente, en respuesta a la pregunta sobre cuál era el legado de su gobierno a Brasil: “La ampliación de la democracia, pues nunca el pueblo participó tanto en las decisiones de política pública” (Silva, 2 de junio de 2013, sec. 1, p. 13). De hecho, el fortalecimiento del sistema tuvo como base esa participación propiciada por las tesis del Partido de los Trabajadores, de izquierda moderada, que logró acceder al poder en el 2003 después de dos intentos y tras haber estado en la oposición durante casi veinte años. El modelo económico y político instaurado, con mayor énfasis en lo social, consiguió aproximar la realidad del sistema de protección social en salud a los principios consignados en la Constitución de 1988.

1.3 Hitos y marco jurídico

En resumen, y como resultado de lo expuesto en los apartados anteriores, se pueden señalar algunos hechos importantes que constituyen hitos en la formulación y evolución del sistema de protección social en salud de Brasil, enmarcados en parámetros jurídicos que corresponden a momentos históricos, sociales y políticos determinados. Los más destacados son:

- 1923: se crea el sistema de las CAP.
- 1930: se crea el Ministerio de Educación y Salud.
- 1934: surge la Constitución de 1934, proclamada por la Asamblea Nacional Constituyente del mismo año, que introduce el voto secreto y el sufragio femenino, crea el Tribunal de Trabajo y define los derechos constitucionales del trabajador.
- 1937: surge la Constitución de 1937, que proclama el Estado Novo e implanta la dictadura de Getúlio Vargas, y se crea el Departamento Nacional de Sa-

lud.

- 1953: se crea el Ministerio de Salud al separarlo del Ministerio de Educación.
- 1967: se unifican los IAP en el INPS.
- 1974: se crea el Ministerio de Seguridad y Asistencia Social, que implanta, en 1977, el Sistema Nacional de Seguridad y Asistencia Social.
- 1978: se crea el Inamps.
- 1988: surge la Constitución de 1988 y se crea el SUS.
- 1990: se reglamenta el SUS mediante la Ley Orgánica de la Salud (Ley 8080 de 1990) y se definen los mecanismos de transferencias y participación social mediante la Ley 8142 del mismo año.
- 1993: se organiza el sistema de asistencia social mediante la Ley 8742 de 1993.
- 2000: se crea la Agencia Nacional de Salud Suplementaria.
- 2001-2010: se fortalece el SUS en esta década a partir de las disposiciones contenidas en enmiendas constitucionales (como la 29 de 2000), decretos y órdenes ministeriales (emanadas del Ministerio de Salud), que han reglamentado aspectos relacionados con el modelo de gestión y financiación, la regionalización y la inclusión de minorías étnicas.

Caracterización del actual Sistema Universal de Salud

De acuerdo con el estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008), el sistema se conforma y adquiere su estructura actual a partir de la expedición de la Constitución Federal de 1988. Esta Carta, haciéndose eco de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, “establece la salud como un derecho de todos y un deber del Estado [...], así como el acceso universal y equitativo a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”, según afirma Tolentino (2009, p. 252).

Para ello, “la legislación brasileña ha ampliado el concepto de salud, considerándolo como el resultado de diversos factores determinantes y condicionantes, tales como la alimentación, vivienda, saneamiento, medio ambiente, trabajo” (Tolentino, 2009, p. 252). Esto hace necesario —como es evidente— el emprendimiento de acciones conjuntas con otros sectores del gobierno.

Los principios constitucionales que dan fundamento al sistema son los de universalidad —en términos de cobertura universal o acceso de todas las personas a la salud—, equidad —entendida como la conjunción del aspecto económico (la eficiente distribución de los recursos) y la justicia (la corrección de la desigualdad en elementos como las condiciones de vida y la exposición frente al riesgo)— e integridad —el acceso a acciones de promoción, prevención,

tratamiento y rehabilitación en todos los niveles de complejidad del sistema—.

Organizacionalmente, el sistema se sustenta en principios de regionalización (según criterios epidemiológicos) y jerarquización (según niveles de complejidad); descentralización (entre los tres niveles de gobierno), y participación popular (a través de organismos denominados consejos de salud y conferencias de salud).

A pesar de lo dispuesto en la Carta y los esfuerzos realizados para perfeccionar el sistema y conseguir los objetivos propuestos, todavía se presentan dificultades para alcanzarlos. Actualmente, la Organización Panamericana de la Salud (2008), en los seguimientos que hace a los procesos de cambio en los sistemas de salud, caracteriza el brasileño como un sistema mixto, segmentado y compuesto, según el origen de los recursos, por dos subsistemas: uno público y uno privado, cada uno de los cuales, a su vez, incluye dos segmentos.

En el caso del subsistema público, el primer segmento es de acceso universal y gratuito,

está íntegramente financiado con recursos públicos y se denomina Sistema Único de Salud. El segundo segmento es de acceso restringido para funcionarios públicos civiles y militares, y se financia con recursos públicos y aportes de los empleados. Cabe anotar que el 75% de la población únicamente tiene acceso al subsistema público para la atención en salud. En el subsistema privado, los dos segmentos se benefician

de incentivos fiscales de alguna forma. El primero, denominado Sistema Complementario, reúne los planes y seguros de salud de afiliación voluntaria y se financia con recursos de empleados, empleadores y familias. El segundo brinda acceso a los servicios de proveedores privados, mediante el pago directo en el momento de prestación del servicio. En la tabla 1 se consignan algunos datos básicos para la caracterización del sistema actual.

Tabla 1. Caracterización del sistema actual de salud de Brasil

Subsistema	Público		Privado	
	Universal	Restringido	Prepago	Desembolso directo
Segmento	Público: unión, estados y municipios	Autogestión y organizaciones públicas	Planes y seguros de salud (complementario)	Privado autónomo
Porcentaje de la población	75,4% (aprox. 130 millones en asistencia) 100% en acciones de salud pública y asistencia sanitaria	5,1%	19,5%	
Porcentaje del gasto total en salud	41,6%		21%	37,4%
Acceso	Universal	Clientela cautiva	Prepago o seguro	Privado
Financiamiento	Impuestos y contribuciones sociales	Empleados y empleadores públicos	Empleados y empleadores privados, familias, subsidios gubernamentales	Ingresos familiares, subsidios gubernamentales
Cobertura	Integral (acciones de salud pública, promoción, atención básica, asistencia ambulatoria especializada y hospitalaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, asistencia farmacéutica)	Variable (asistencia médica y hospitalaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos)	Variable (asistencia médica y hospitalaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos)	Variable (asistencia médica y hospitalaria, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos)

2.1 Financiación

En los años 1989 y 1990, Brasil tenía un gasto per cápita en salud por debajo del promedio de los países de la región. Esta situación, generada por la crisis que afectó la economía brasileña hasta 1992, solamente empezó a remontarse a partir de 1993. A pesar de la universalización

pretendida por la Carta de 1988, las reformas legislativas e institucionales implementadas no tuvieron el alcance necesario para lograrla. En el gobierno de Fernando Collor de Mello (1990-1992), tales reformas quedaron supeditadas a políticas macroeconómicas neoliberales de ajuste de las finanzas estatales a través de una política monetaria de

austeridad. De manera similar, las administraciones de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), en la misma línea de pensamiento, fijaron como condición para la realización de tales reformas tanto la estabilidad macroeconómica como la reactivación del crecimiento económico (Le Bonniec, 2002). Los programas sociales entraron en contradicción con el proceso de liberalización y el sistema de salud permaneció afectado por un grave desbalance financiero.

Los gobiernos de Lula da Silva (2003-2010) lograron avances importantes en la financiación y la cobertura del sistema, fortaleciendo el Sistema Único Nacional de Salud Pública (SUNSP). Según el informe presentado por el experto brasileño en salud Armando de Nigris en el III Congreso por la Salud y la Seguridad Social (celebrado en Bogotá entre el 12 y el 14 de noviembre de 2009), en ese momento el 65% de la población brasileña utilizaba tal sistema solamente, que es gratuito; otro 20% estaba cubierto por un mercado de planes y seguros privados de salud, aunque eventualmente utilizaba el SUNSP, y el restante 15% recibía atención mixta, pues estaba cubierto por regímenes especiales, pero también acudía al SUNSP para los procedimientos más costosos (Nigris, 2009).

Actualmente, en cuanto a su financiación, los recursos se obtienen del recaudo general de impuestos del Estado, y el servicio es gratuito para todas las personas, quienes pagan impuestos directos e indirectos. El sistema recibe los recursos del Fondo Nacional de Salud (FNS) y los distribuye a los gobiernos estatales y municipales. El gobierno central aporta el 9,8% de sus ingresos, los estados aportan el 12% y los municipios, el 15% de los suyos. En aquellos sitios donde el gobierno no tiene suficiente infraestructura, se contratan entidades privadas prestadoras de servicios que también atienden gratuitamente a los usuarios, sin que haya diferencia entre entidades públicas y privadas.

2.2 Control ciudadano

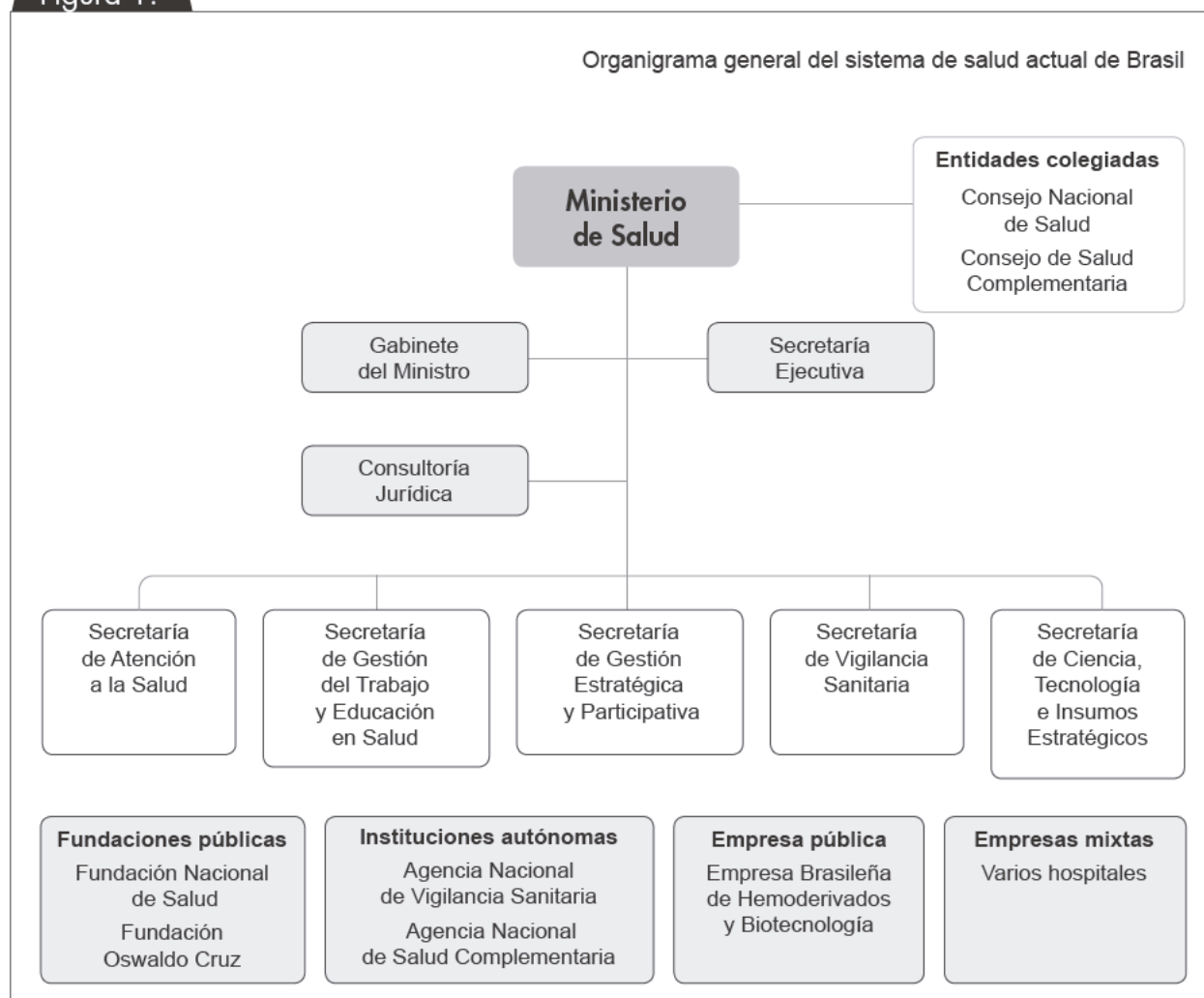
En Brasil existen actualmente 5330 consejos municipales de salud, 27 consejos estatales y el Consejo Nacional,

que asumen la toma de decisiones sobre presupuesto y planes de salud, y los procesos de rendición de cuentas. La mitad de los miembros de cada consejo pertenecen a la sociedad civil y la otra mitad al gobierno, los trabajadores de la salud y los prestadores de servicios. El gobierno solo tiene el 14% de los votos, de modo que los procesos de rendición de cuentas son objeto de efectivo control por parte de la ciudadanía. En cuanto al suministro de materiales y medicamentos, también se han logrado avances importantes en términos del desarrollo de la industria nacional y garantías de acceso a los medicamentos, incluidos los de alto costo.

2.3 Organización

El Ministerio de Salud es el administrador del Sistema Único de Salud; está articulado a nivel federal con el Consejo Nacional de Salud y otros organismos, y dicta las directrices y metas nacionales. Además, existen subsistemas en cada estado y municipio, dirigidos por las secretarías estatales y municipales de salud. Del Ministerio dependen cinco secretarías: Atención a la Salud; Ciencia, Tecnología e Insumos Estratégicos; Gestión del Trabajo y Educación en Salud; Gestión Estratégica y Participativa, y Vigilancia Sanitaria. Ellas son responsables de la planeación, ejecución y control del sistema. Al Ministerio están vinculadas cinco categorías de entidades: fundaciones públicas, instituciones autónomas, empresas mixtas y empresas públicas, encargadas de diferentes acciones; en la última categoría están las que se relacionan con el Ministerio como asesoras y consultoras: entidades colegiadas, Secretaría Ejecutiva, Gabinete del Ministro y Consultoría Jurídica. Cabe decir que el esquema se replica a nivel estatal y municipal en cabeza de las secretarías de salud (figura 1).

Figura 1.



Fuente: elaboración propia.

2.4 Indicadores generales y sectoriales

La evolución del sistema brasileño de protección social en salud se puede estudiar desde la interpretación estadística de algunas variables socioeconómicas del país en general y del sector salud en particular. Para ello se han seleccionado indicadores clave. A nivel general se han tomado la población total, el crecimiento anual porcentual del producto interno bruto (PIB) a precios constantes, la tasa de desempleo, la tasa de población activa y el índice de Gini. A nivel del sector salud se han seleccionado la tasa

de mortalidad y el gasto en salud del sector privado, del sector público y el total como porcentaje del PIB. A continuación se analiza el comportamiento de cada variable y se formulan algunas conclusiones al respecto.

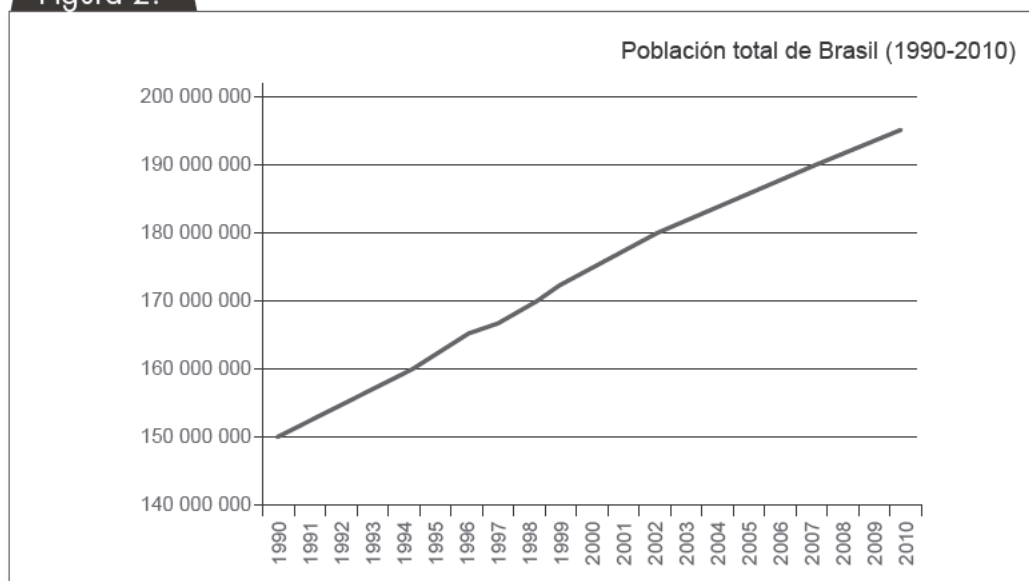
2.4.1 Indicadores generales

Población total. Brasil es el país suramericano con mayor superficie territorial, 8 514 877 km², que corresponde prácticamente al 50% de la superficie del subcontinente. Su población actual se aproxima a 195 millones de habitantes,

con una densidad de 22,9 habitantes por kilómetro cuadrado. Como se puede apreciar en la figura 2, de 1990 al 2010, la población total del país se incrementó en un 30%, lo cual

incide de manera determinante en todas las políticas y variables relacionadas con el sistema de protección social en salud.

Figura 2.

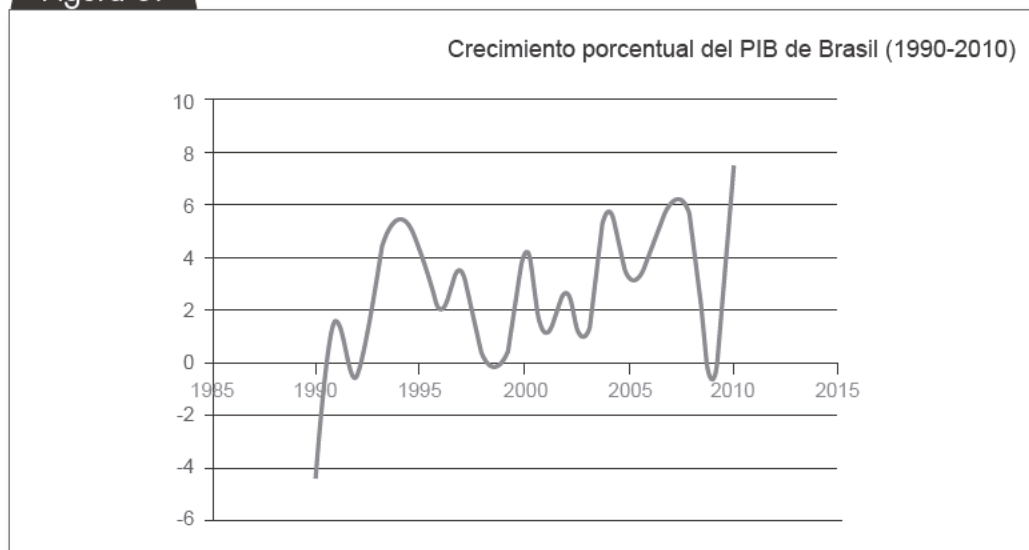


Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Crecimiento del PIB. En el 2011, el PIB (según valores de paridad de poder adquisitivo, PPA) de Brasil fue de aproximadamente 2294 billones de dólares, lo cual representa un PIB per cápita de 11 767 dólares. En la figura 3 se observa la evolución del crecimiento del PIB entre 1990 y 2010. Como

a todos los países latinoamericanos, la crisis mundial de 2008 afectó considerablemente la economía brasileña. Sin embargo, el crecimiento repuntó considerablemente, acercándose a un 8% en el año 2010.

Figura 3.



Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Tasas de desempleo y población activa. En las figuras 4 y 5 se observa el comportamiento de las tasas de desempleo y de población activa (mayores de quince años). El desempleo

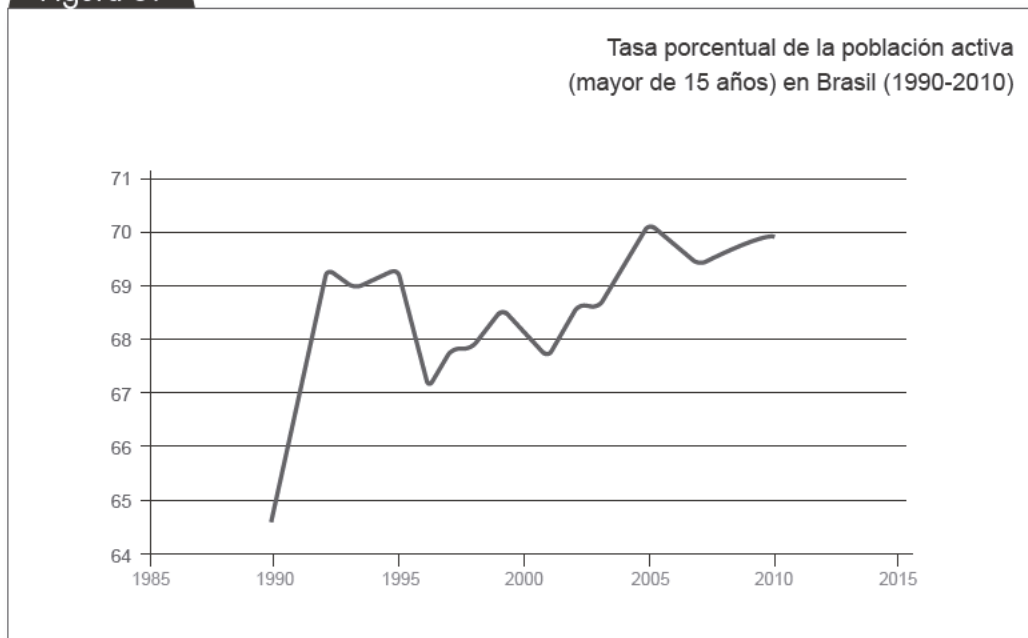
aumenta a partir de 2008, lo cual es resultado de la crisis mundial, pero también está relacionado con el aumento de la población activa que se registra aproximadamente a partir del mismo año.

Figura 4.



Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Figura 5.

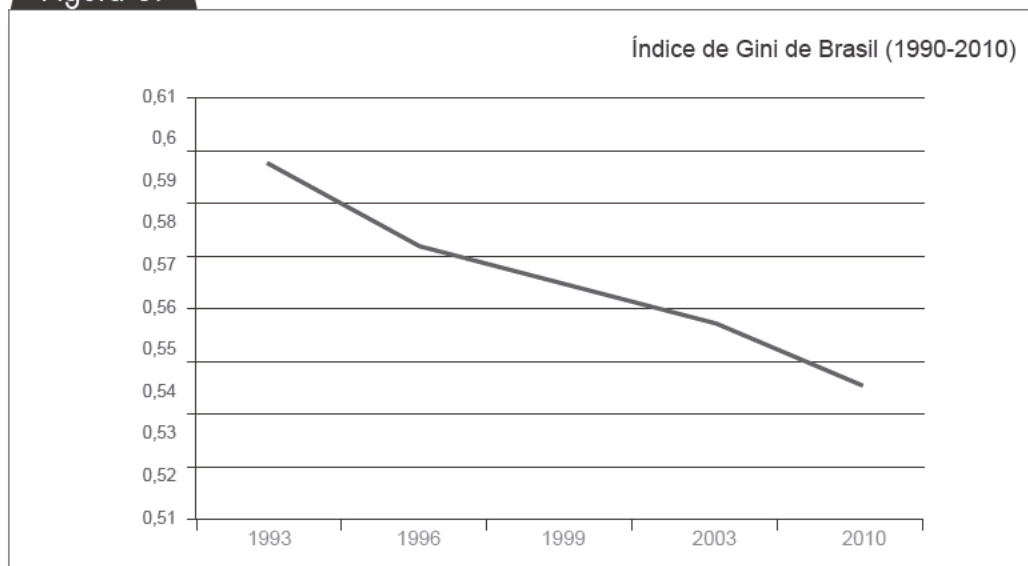


Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Índice de Gini. En el periodo de 1993 al 2010 se observa que la distribución de la renta ha mejorado, a pesar de que el indica-

dor sigue mostrando una alta desigualdad (figura 6). Para el 2012 se calcula que estará en 0,519.

Figura 6.



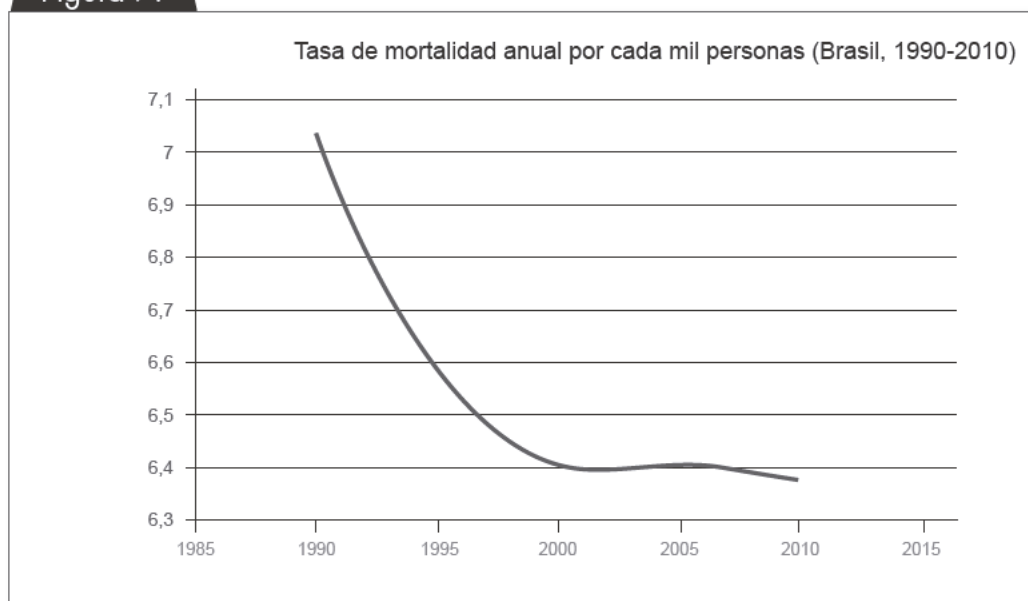
Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

2.4.2 Indicadores sectoriales

Tasa de mortalidad. De 1990 a 2010, la tasa de mortalidad muestra una tendencia decreciente permanente (figura 7), lo cual permite concluir que la protección en salud ha

mejorado en calidad, cobertura y destinación de recursos en ese intervalo de tiempo.

Figura 7.

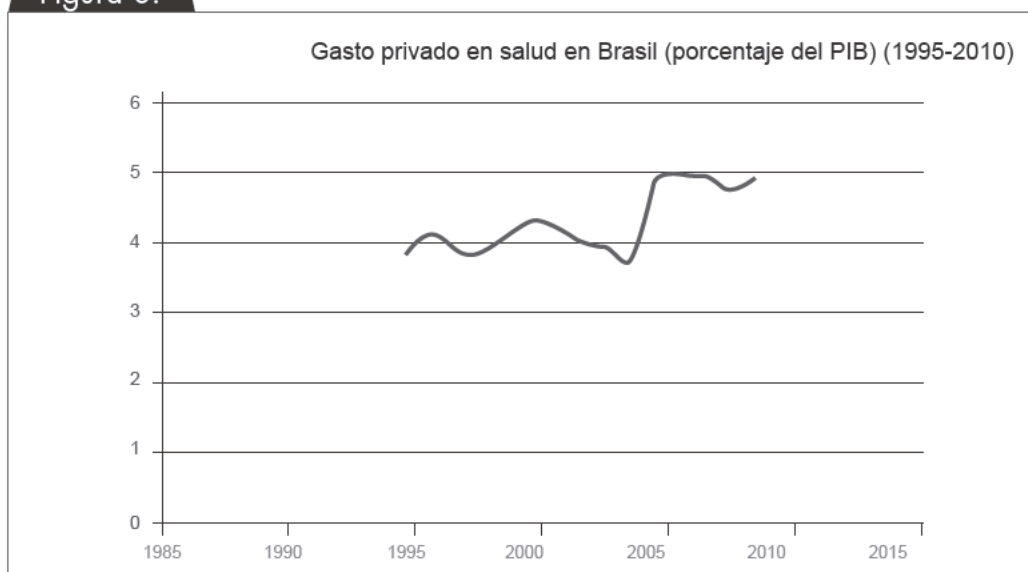


Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Gasto privado, público y total en salud. Las figuras 8, 9 y 10 muestran el comportamiento del gasto en salud, para el periodo de 1995 a 2010. En lo que atañe al gasto privado, se observa un incremento importante a partir de 2005, después de un periodo de continua disminución en la participación desde el año 2000. Puede inferirse que en el tramo ascendente de

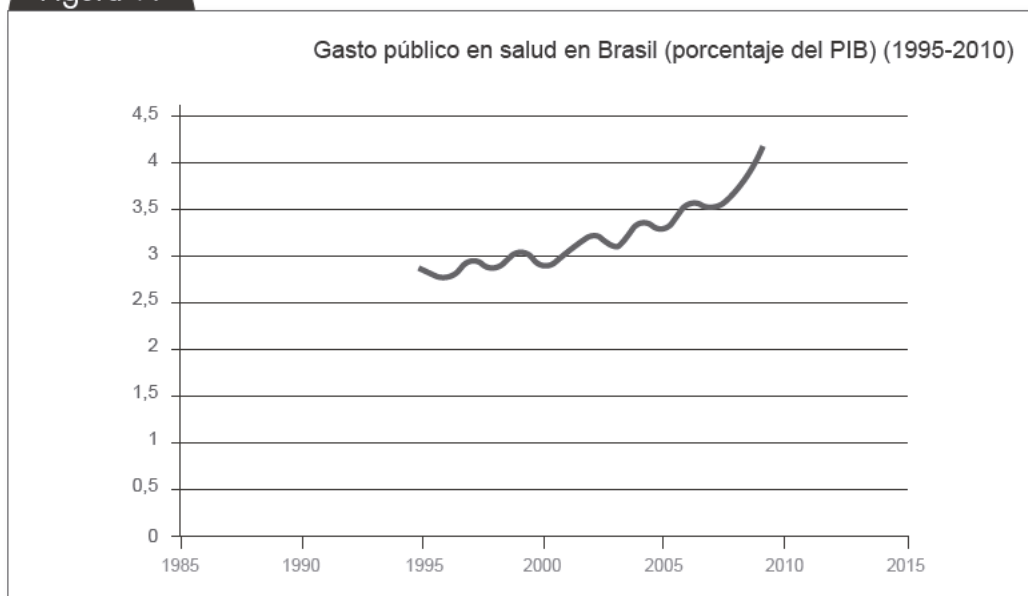
la curva crece el segmento de población cubierto por un mercado de planes y seguros privados de salud. El gasto público muestra un crecimiento continuo relacionado con la también continua expansión de los servicios, tanto en cantidad como en cobertura. Finalmente, como resultado del comportamiento de estos dos componentes, el gasto total muestra una tendencia creciente permanente.

Figura 8.



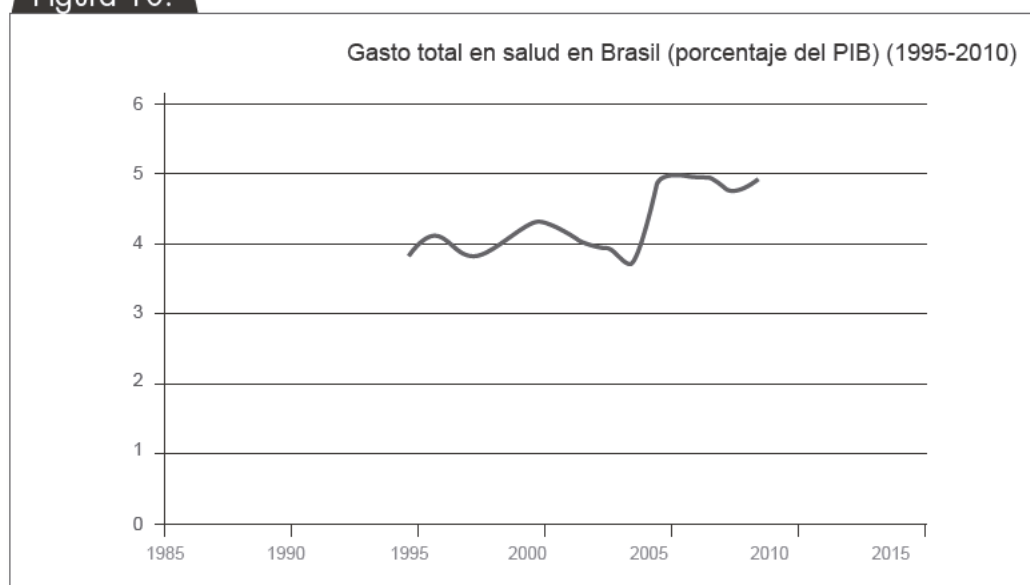
Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Figura 9.



Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Figura 10.



Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial.

Causas de mortalidad. Con base en estadísticas suministradas por la OPS, tomadas del BID por esta entidad, es interesante observar la evolución de las principales causas de mortalidad en Brasil en el periodo de 1995 a 2004, pues ello da una idea de los logros y desaciertos en el desarrollo del sistema de protección social en salud (tabla 2). Es inte-

resante ver que la tasa de mortalidad ha crecido en los casos de la mortalidad materna, las cardiopatías isquémicas y las neoplasias malignas. Para las otras causas, la tasa ha disminuido durante el periodo analizado.

Tabla 2. Tasa de mortalidad en Brasil (1995, 2000, 2003-2004) discriminada por causas

Causas	1995	2000	2003-2004
Mortalidad general*	7,19	6,54	6,01
Mortalidad materna**	51,61	70,91	76,09
Mortalidad específica: enfermedades transmisibles***	60,06	45,03	47,26
Mortalidad específica: tuberculosis***	3,84	3,26	2,74
Mortalidad específica: sida***	9,73	6,32	6,07
Mortalidad específica: infecciones intestinales***	7,54	3,62	2,98
Mortalidad específica: cardiopatía isquémica***	44,86	46,21	46,48
Mortalidad específica: enfermedades cardiovasculares***	52,39	49,89	49,74
Mortalidad específica: neoplasias malignas***	61,93	70,14	76,62
Mortalidad específica: causas externas***	73,73	69,73	70,2

Fuente: RIPSA y OPS (2008).

* Número de defunciones por cada 1000 habitantes.

** Número de defunciones por cada 100 000 nacimientos.

*** Número de defunciones por cada 100 000 habitantes.

Otra información interesante se puede encontrar al analizar los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con indicadores de salud (tabla 3), los cuales muestran una disminu-

ción en la tasa de mortalidad materna; la de mortalidad por cáncer de seno y cuello uterino, y la de incidencia de VIH, en concordancia con la tabla 2.

Tabla 3. Objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud

Objetivo	Meta de Brasil	Indicador	Situación anterior	Situación actual
Reducir la mortalidad infantil	Reducir en dos tercios la mortalidad de menores de 5 años entre 1990 y 2015.	Tasa de mortalidad de menores de 1 año por 1000 nacimientos (1996-2004).	33,2	22,58
Mejorar la salud materna	Cobertura universal de la red SUS con acciones en salud sexual y reproductiva para 2015.	Porcentaje de población femenina entre 15 y 49 años que usa métodos anticonceptivos (1996).	55,4	S. d.
	Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacimientos (1996-2004).	51,61	76,09
	Detener el crecimiento de la mortalidad por cáncer de seno y cuello uterino para 2015.	Tasa de mortalidad específica por neoplasias malignas, cáncer de seno y de cuello uterino (1990-2004).	Seno = 7,9 CU = 3,82	Seno = 10,6 CU = 4,76
Combatir el VIH, el paludismo y otras enfermedades	Detener la propagación del VIH para 2015 e invertir la tendencia actual.	Tasa de incidencia de VIH por 100 000 habitantes (1995-2005).	13,25	15,05
	Reducir la incidencia de malaria y tuberculosis para el 2015.	Tasa de incidencia de tuberculosis (1990-2005).	51,75	43,78
	Haber eliminado la lepra para 2010.	Tasa de prevalencia de la lepra por cada 10 000 habitantes (1990-2005).	19,54	1,48

Fuente: RIPSA y OPS (2008).

Comentarios finales

Vale la pena resumir y enfatizar algunos de los aspectos relacionados en este documento que constituyen características propias del modelo brasileño actual y que pueden tenerse en cuenta como referentes para la estructuración de otros modelos.

Como se afirmó, en 1986 se inició el proceso de redemocratización del país y el fortalecimiento del modelo federalista, que se formalizó con la promulgación de la Constitución de 1988, la cual dispuso la universalización de la protección social en salud, al definirla en términos de derechos de toda la población y desligarla de los regímenes contributivos. Esta Carta, en consonancia con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, definió la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, y definió el acceso universal y equitativo a las acciones y servicios en salud para su promoción, protección y recuperación.

Para ello, la legislación brasileña amplió el concepto de salud considerándolo como el resultado de diversos factores determinantes y condicionantes, tales como la alimentación, la vivienda, el saneamiento, el medio ambiente, el trabajo, entre otros, lo cual obligó al emprendimiento de acciones conjuntas con otros sectores del gobierno. Los principios constitucionales que dan fundamento al sistema son los de universalidad, equidad e integridad. Y organi-

zacionalmente, el sistema se sustenta en principios de regionalización, jerarquización, descentralización y participación popular.

Esto significa que el proceso de redemocratización y el liderazgo de los movimientos civiles, en primer lugar, y las políticas participativas promovidas desde los gobiernos del Partido de los Trabajadores, en segundo lugar, permitieron adoptar un sistema que se ha caracterizado por sus progresos notorios en cobertura, accesibilidad, calidad del servicio y control ciudadano. Estas cualidades convierten al sistema de protección social en salud de Brasil en un modelo a seguir para otros países. Puede observarse que existe en Brasil, en consonancia con lo que plantea Le Bonniec (2002), una estrecha relación entre la evolución del régimen político y la del sistema de protección social en salud.

Los gobiernos de Lula da Silva lograron avances importantes en la financiación y la cobertura del sistema, entre ellos el fortalecimiento del SUS. Los recursos actualmente se obtienen del recaudo general de impuestos del Estado y el servicio es gratuito para todas las

personas, asumiendo que ellas pagan impuestos directos e indirectos. El sistema recibe los recursos del FNS y los distribuye a los gobiernos estatales y municipales. El gobierno central aporta el 9,8% de sus ingresos, los estados aportan el 12% y los municipios, el 15% de los suyos. Actualmente, la OPS, en los seguimientos que hace a los procesos de cambio en los sistemas de salud, caracteriza el brasileño como un sistema mixto, segmentado y compuesto, según el origen de los recursos, por dos subsistemas: uno público y uno privado, cada uno de los cuales, a su vez, incluyen dos segmentos, como se muestra en la caracterización consignada en este trabajo.

El control ciudadano se ejerce a través de 5330 consejos municipales de salud, 27 consejos estatales y un Consejo Nacional, que asumen la toma de decisiones sobre presupuesto y planes de salud, y los procesos de rendición de cuen-

tas. La mitad de los miembros de cada consejo pertenecen a la sociedad civil y la otra mitad al gobierno, los trabajadores de la salud y los prestadores de servicios. El Gobierno solo tiene el 14% de los votos, de modo que los procesos de rendición de cuentas son objeto de efectivo control por parte de la ciudadanía. En cuanto al suministro de materiales y medicamentos, también se han logrado avances importantes en términos del desarrollo de la industria nacional y garantías de acceso a los medicamentos, incluidos los de alto costo.

Sin embargo, a pesar de lo dispuesto en la Carta y los esfuerzos realizados para perfeccionar el sistema y conseguir los objetivos propuestos, todavía se presentan dificultades para alcanzarlos. Ello se refleja en la evolución de las principales causas de mortalidad en Brasil en el periodo de 1995 a 2004 y en el análisis de avances en los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con indicadores de salud. En ambos casos, como también se expuso anteriormente, se registran retrocesos en algunos indicadores importantes.

Referencias

- Acuña, C. (2000). Evolución y reforma de los sistemas de protección de salud en los países del Mercosur y en Chile. Recuperado el 30 de octubre de 2013, de www.fes.org.ar/PUBLICACIONES/serie_prosur/Prosur_CeciliaAcunia.pdf
- Le Bonniec, Y. (2002). Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. *Revista Salud Pública*, 4, 203-239.
- Medici, A. C. (2004). Políticas sociales, salud (presentación). Facultad de Economía, Universidad de São Paulo, Brasil.
- Nigris, A. de (2009). El caso Brasil: un sistema de salud universal, equitativo e integral. Informe presentado en el III Congreso por la Salud y la Seguridad Social, del 12 al 14 de noviembre, Bogotá.
- Organización Panamericana de la Salud —OPS— (2008). Perfil de los sistemas de salud. Brasil: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud. Documento interno.
- Ramos, C. y Lobato, A. (2004). La transición en las políticas sociales en Brasil: del antiguo paradigma al registro único. Documento comisionado por la Red de Reducción de la Pobreza y Protección Social para presentarlo al Diálogo Regional de Política de la VII Reunión Hemisférica, 11 y 12 de noviembre, Washington.
- Red Intergerencial de Informaciones de Salud —RIPSA— y Organización Panamericana de la Salud —OPS— (2008). *Indicadores de salud en Brasil*, 2.^a ed. Recuperado de www.ripsa.org/br/php?lang=es&component=68&item=19.
- Silva, L. I. da (2 de junio, 2013). Seguiré en la política hasta que muera: Lula. Entrevista de *El Tiempo*, sec. 1, p. 13.
- Tolentino, M. (2009). Sistema Único de Salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26, 251-257.

DOCUMENTOS
DE INVESTIGACIÓN
ECONOMÍA



**UNIVERSIDAD
CENTRAL**

FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,
ECONÓMICAS Y CONTABLES

Departamento de Economía

Carrera 5 n.º 21-38
PBX: 323 98 68, exts. 3852 y 3854
Bogotá D. C. Colombia

www.ucentral.edu.co