



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

ABRASCO; CEBES; ABRES; Rede Unida; AMPASA
Un SUS "en serio": universal, humanizado y de calidad
Salud Colectiva, vol. 2, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 317-327
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120308>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Un SUS “en Serio”: Universal, Humanizado y de Calidad ^(a)

A SUS “Seriously”:
Universal, Humanized and of Quality

ABRASCO¹, CEBES², ABRES³, Rede Unida⁴, AMPASA⁵

¹Asociación Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil.
abrasco@ensp.fiocruz.br

²Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro, Brasil.
cebes@ensp.fiocruz.br

³Asociación Brasileira de Economia de la Salud. San Pablo, Brasil.
abres@edu.usp.br

⁴Red de personas, proyectos e instituciones comprometidas con el cambio de la formación de los profesionales de la salud. Paraná, Brasil.
rede.unida@uol.com.br

⁵Asociación Nacional del Ministerio Público de Defensa de la Salud. Santa Catarina, Brasil.
www.ampasa.org.br

En este año, una vez más la población brasileira va a ser convocada a elegir a sus dirigentes, reafirmando nuevamente la democracia electoral. Sin embargo, este es el momento de transitar desde una democracia electoral a un verdadero sistema democrático, que sólo existirá cuando sean presentadas opciones concretas de radicalización del proceso de desarrollo nacional. Esto significa un patrón de desarrollo que plantee como objetivos centrales invertir en un crecimiento autónomo y soberano, volcado hacia la generación de empleo, la distribución de ingresos y la garantía de los derechos de ciudadanía.

La estabilidad de la economía nacional ha sido la principal preocupación de los últimos gobiernos, con resultados positivos con relación al control inflacionario y al manejo de la deuda. Estos fueron fruto tanto de políticas públicas que abrieron nuevos mercados para exportaciones, redujeron la deuda externa atada a la variación cambiaria y prolongaron los plazos de pago, como del dinamismo del sector productivo nacional, que consiguió reciclarse y hacerse competitivo en el mercado internacional.

Sin embargo, los gobiernos se tornaron prisioneros de los instrumentos de su política monetaria, lo que acarrió la consolidación de un patrón de capitalismo financiero que, a pesar de ser dinámico y

de estar inserto en la economía globalizada y en el comercio internacional, produce y reproduce la concentración de capital. Esto se da, principalmente, por el mantenimiento de tasas elevadísimas de interés, drenando las riquezas producidas por la población hacia el Estado, por medio del aumento incesante de la carga tributaria, y desde el Estado hacia el sector financiero nacional e internacional, a través del pago de intereses.

Este patrón es el resultado de la política neoliberal implantada desde la década del '90, con consecuencias irreversibles y/o altamente perjudiciales para la sociedad, frente a la efectiva transferencia de responsabilidades gubernamentales y del patrimonio público a manos privadas, al desmantelamiento de la inteligencia y de las carreras del Estado, a las restricciones presupuestarias para las políticas sociales universales y a la amenaza permanente de desvinculación de las partidas presupuestarias constitucionales destinadas a ellas.

La población brasileira está cada vez más consciente de la distancia entre las propuestas electorales y las realizaciones de los gobernantes, y exige que la democracia sea más que un juego político: es necesario que la democracia se traduzca en medidas concretas, volcadas al pleno empleo, la reducción de las desigualdades salariales y regionales, además

garantizar los derechos sociales a través de la cobertura universal, humanizada y de calidad. Más que nunca, la sociedad sabe que eso sólo ocurrirá si profundizamos los mecanismos de participación, control y transparencia en la gestión pública, fortaleciendo los instrumentos de democracia directa, como la iniciativa popular legislativa, los presupuestos participativos, los consejos de gestión y los foros deliberativos. Sin embargo, es necesario que estos mecanismos dejen de estar restringidos a las áreas sociales y avancen para aumentar la transparencia y la participación social en la definición e implementación de las políticas macroeconómicas, dado que sabemos que estos son factores condicionantes del éxito en la democratización de la política de salud. También tenemos que radicalizar el sector salud, para hacer valer el texto constitucional. Más aún, con las condiciones técnicas, políticas y económicas que tenemos hoy en el país, es posible dar el salto que falta para que tengamos un SUS “en serio”: Universal, Humanizado, de Calidad.

LA REFORMA SANITARIA Y EL SUS

El Sistema Único de Salud (SUS) es fruto de un largo proceso de construcción política e institucional llamado Reforma Sanitaria, volcado hacia la transformación de las condiciones de salud y de atención a la salud de la población brasileira, gestado a partir de la década del '70, cuando vivíamos bajo la dictadura militar.

Más que una construcción institucional, el proceso de la Reforma Sanitaria brasileira es un proyecto civilizatorio, o sea, pretende producir cambios en los valores que prevalecen en la sociedad brasileira, teniendo la salud como eje de transformación y la solidaridad como valor estructurante. De la misma forma, el proyecto del SUS es una política de construcción de la democracia que apunta a la ampliación de la esfera pública, a la inclusión social y a la reducción de las desigualdades. Si la Reforma Sanitaria es la expresión de nuestro deseo de transformación social, su materialización institucional en el SUS es el resultado del enfrentamiento de esta propuesta con las contingencias que se presentaron en esa trayectoria. En otras

palabras, expresa la correlación de fuerzas existente en una coyuntura particular.

Originalmente como idea e ideario de un grupo de intelectuales, la propuesta se desarrolló en la transición democrática, congregando entidades representativas de los gestores, profesionales de la salud y movimientos sociales que, articulados en el Plenario Nacional de Entidades de Salud, consiguió influenciar el proceso constituyente y plasmar en la Constitución Federal Brasileira de 1988 (CF/88) el texto aprobado en la 8a Conferencia Nacional de Salud que garantiza que “Salud es un Derecho de Todos y un Deber del Estado”. En otras palabras, la salud pasó a formar parte de los derechos sociales de la ciudadanía.

A partir de entonces, se inició una nueva fase del proceso de la Reforma Sanitaria donde, al mismo tiempo, era necesario continuar elaborando el referencial teórico y estratégico y comenzar a construir los métodos e instrumentos de gestión del Sistema Único de Salud (SUS). El Centro Brasileiro de Estudios de Salud (CEBES), la Asociación Brasileira de Posgraduación en Salud Colectiva (ABRASCO), el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), la Red UNIDA, la Asociación Brasileira de Economía de la Salud (ABRES), la Asociación Nacional del Ministerio Público de Defensa de la Salud (AMPASA), parlamentarios, entidades representadas de los Consejos de Salud, el Frente Parlamentario de la Salud y otros han abierto el debate y concentrado esfuerzos para la concretización del proyecto de la Reforma Sanitaria.

Al incluir la salud como un derecho constitucional de la ciudadanía en el capítulo de la Seguridad Social, avanzamos en la concretización de la democracia, fortaleciendo la responsabilidad del Parlamento y de la Justicia, cada día más presentes en la garantía de los derechos sociales. Aún coincidiendo temporalmente con el gobierno de Collor y el inicio de la implantación de las propuestas neoliberales de ajuste del Estado, la construcción del SUS fue realizada a contramano de las políticas económicas, configurando, junto con la actuación del Ministerio Público, algunos de los más significativos resultados de los preceptos democráticos inscriptos en la CF/88.

En el ámbito de la reforma del Estado, el SUS desarrolló un proyecto de reforma democrática que se caracterizó por la introducción de un modelo de pacto federativo basado en la descentralización del poder en los niveles subnacionales y en la participación y control social. Como consecuencia, se produjo una osada municipalización del sector Salud. Fueron creados Consejos de Salud, de carácter deliberativo, en todos los municipios y estados en los cuales, los representantes de los usuarios ocupan el 50%. Fueron instituidos los Fondos de Salud, substituyendo los convenios que regían las relaciones entre las tres esferas gubernamentales. La creación de las Comisiones Bipartitas (CIB), en los estados, y Tripartitas (CIT), a nivel nacional, estableció el espacio para el desarrollo de relaciones cooperativas entre los entes gubernamentales.

El modelo de pacto federativo del SUS se mostró altamente adecuado a la realidad de una sociedad marcada por las desigualdades sociales y regionales. En un país con tales características, sólo será democrático, el poder ejercido de forma pautada y socialmente controlada que considere las desigualdades entre grupos poblacionales y regionales como el principal problema a ser superado. Por ello, ese modelo del SUS está siendo expandido y reinterpretado para el área de Asistencia Social (SUAS) y también para el área de Seguridad (SUSP).

El éxito de la descentralización puede ser medido por su impacto en el aumento de la base técnica de la gestión pública en salud en los niveles local, regional y central. A partir de 1998, la red de atención básica tuvo una gran expansión, ampliando enormemente el acceso de la población antes excluida. El sistema universal y descentralizado permite que el país realice uno de los mayores programas públicos de inmunizaciones del planeta y un programa de control del SIDA mundialmente reconocido. Estos resultados constituyen los esfuerzos de miles de trabajadores de la salud, de todos los niveles y especialidades, para concretizar el derecho a la salud en el cotidiano de la población brasileira.

Sin embargo, habiendo sido implementado en condiciones adversas, desde la década del '90 hasta hoy el SUS enfrentó obstáculos que marcaron su configuración como Sistema Nacional de Salud, entre los cuales los

más graves serían: la no implementación de la norma constitucional del Sistema de Seguridad Social con sus respectivos mecanismos de financiamiento y gestión; el drástico desfinanciamiento desde su creación; la profunda precarización de las relaciones, remuneraciones y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud; los escasos cambios estructurales en los modelos de atención a la salud y de gestión del sistema; el desarrollo intensivo del marketing de valores de mercado en detrimento de soluciones que ataquen los determinantes estructurales de las necesidades de salud.

Por todo ello, a pesar de los referidos y reconocidos avances en la producción, productividad e inclusión, se avanzó muy poco en la efectivización de la integralidad, de la igualdad, y sólo recientemente retomamos el tema de la regionalización. Sabemos que no será posible seguir expandiendo la cobertura sin alterar los modelos de atención y de gestión en salud. Tampoco la sociedad civil y los Consejos de Salud han conseguido participar con efectividad y de este modo influir en la formulación de políticas y estrategias del SUS.

Están con valores estáticos, o en aumento, las enfermedades de perfil epidemiológico contemporáneo, previsibles pero que no fueron prevenidas, las enfermedades agravadas por la ausencia de intervenciones oportunas y precoces, las muertes evitables y los altísimos porcentajes de exámenes diagnósticos, tratamientos medicamentosos y derivaciones innecesarias y de baja calidad, a pesar de los conocimientos y técnicas disponibles actualmente.

Por otro lado, entre los problemas enfrentados se encuentran aspectos relacionados con el funcionamiento del mercado en salud en el cual el Estado debe ejercer su papel considerando que la salud es un bien público. Es importante resaltar las grandes dificultades vigentes en relación con el sector privado, tanto en la regulación de las condiciones de trabajo profesional, como en la producción de servicios y en la garantía de las coberturas contratadas. Es notoria la lucha por democratizar el acceso a los medicamentos producidos por empresas multinacionales. Ambos problemas deberán ser enfrentados de forma más vigorosa, transparente y continua.

Aún está por ser reconocido el impacto del sector Salud –que moviliza una parte considerable del PIB con la generación de empleos, producción científica y tecnológica, aumento de la productividad del trabajo, reducción del ausentismo– en la economía brasileira. Los gobiernos tendrán que dejar de hablar de la salud como gasto y pasar a enfrentar la inversión que están realizando, además de la mejora de la calidad de vida de la población.

Sin embargo, no se puede esperar que el sector Salud sea capaz de responder a la demanda creciente de atención provocada por una sociedad desigual, injusta y cada día más violenta, cuya sociabilidad se encuentra quebrada y en la cual el otro es visto como una amenaza. Las consecuencias son la pérdida de la cohesión social, expresada no sólo en miles de muertes e internaciones, sino también en el sufrimiento mental, en la inseguridad y en el desaliento, que serían evitables si predominara una cultura de paz y de justicia social.

El SUS universal, cuyo mejor ejemplo es el programa de SIDA –carta de presentación de diversos gobiernos–, convive con evaluaciones negativas sobre el acceso y las condiciones indignas de la atención efectuada por la red de servicios de salud. La desfiguración de la Seguridad Social, la postergación *sine die* de derechos básicos de la ciudadanía y el desvío de las políticas sociales hacia programas de transferencia de fondos, cuyos efectos redistributivos no inciden específicamente sobre las condiciones que producen los principales problemas de salud de los brasileiros, retrasan la mejora de los patrones de salud y calidad de vida. La organización del SUS debe pautarse con relación a los indicadores de salud, por lo menos, aquellos verificados en la economía. Es imprescindible al desarrollo, alcanzar patrones de salud compatibles con el progreso científico-tecnológico, cultural y político.

Los obstáculos impuestos al SUS universal, humanizado y de calidad exigen el reposicionamiento del usuario-ciudadano como el centro de la formulación y operacionalización de las políticas y acciones de salud. Esa es la premisa que orienta la reinención de modelos y alternativas de gestión para superar la crisis de los sistemas públicos. La subordinación de los problemas y necesidades de salud de la población a los

intereses económicos de las industrias de infraestructura e insumos, de prestadores de servicios, de burocracias gubernamentales o corporativas, a veces opuestos al interés por garantizar una atención adecuada y respetuosa, se refleja en el cotidiano de la asistencia a la salud. Los brasileiros en busca de asistencia y cuidados a la salud en la red del SUS, son sometidos a filas que se forman desde la madrugada para conseguir turnos, pasan por selecciones, aguardan horas en salas de espera, frecuentemente incómodas, y necesitan, casi siempre, recorrer más de un establecimiento en los casos que precisen la realización de exámenes y obtención de medicamentos. La lógica que debe orientar la organización de los servicios de atención y acción de los profesionales de la salud es la de hacer más fácil la vida del ciudadano-usuario, reivindicando sus derechos. Se trata de organizar el SUS en torno a los preceptos de la promoción de la salud, del amparo, del derecho a decidir sobre las alternativas terapéuticas, del compromiso por mitigar el maltrato y el sufrimiento de los que necesitan asistencia y cuidados.

ESTRATEGIAS PROGRAMÁTICAS ROMPER EL AISLAMIENTO DEL SECTOR SALUD

Es sabido que mejores niveles de salud no serán alcanzados si las transformaciones no traspasan el sector Salud, envolviendo otras áreas igualmente comprometidas con las necesidades sociales y con los derechos de la ciudadanía (Previsión Social, Asistencia Social, Educación, Seguridad Alimentaria, Vivienda, Urbanización, Saneamiento y Medio Ambiente, Seguridad Pública, Empleo e Ingresos).

Para ello, es necesario que los tres niveles de gobierno dejen de actuar en términos exclusivamente sectoriales y pasen a priorizar el desarrollo social de forma integrada e integral. El gobierno nacional, el Congreso y la Justicia tienen que responsabilizarse por la implementación de los mecanismos que garanticen la existencia real de la Seguridad Social, a través de la implementación del presupuesto de este sector, la convocatoria de la Conferencia Nacional de Seguridad y la creación de foros de discusión conjunta de la Previsión Social, Salud y Asistencia Social.

Los gobiernos locales y regionales necesitan romper modelos obsoletos de gestión y pasar a actuar de forma transversal, creando instancias intersectoriales de políticas, implantando la gestión en redes y garantizando mayor eficacia y efectividad en la redistribución de los ingresos y en el acceso a los beneficios sociales.

Es necesario construir canales de interacción con los medios de comunicación que nos permitan divulgar nuestra concepción ampliada de salud. Debe realizarse un esfuerzo en este sentido entre gestores, parlamentarios, académicos y militantes de la Reforma Sanitaria para retomar espacios de debate, divulgación y difusión de conceptos sobre salud y crear nuevas posibilidades de comunicación.

En el ámbito internacional deben ser intensificados los esfuerzos para ampliar el intercambio de experiencias y el debate en torno a la defensa de los sistemas universales. La divulgación y el debate sobre el SUS en los foros internacionales, considerado un modelo avanzado de sistema de salud en América Latina, contribuye a su consolidación y al protagonismo de la lucha por reformas del Estado democráticas e inclusivas.

ESTABLECER RESPONSABILIDADES SANITARIAS Y DERECHOS DE LOS CIUDADANOS-USUARIOS

Las necesidades que tiene la población de acciones y servicios de salud, preventivos y curativos, de acuerdo con la realidad de cada región y micro-región, en base a las características demográficas, socioeconómicas y epidemiológicas de la población, deben presidir la planificación estratégica de cada municipio y la programación local de las actividades. Su divulgación deberá estar dirigida hacia la población usuaria y sus entidades representativas de modo de contribuir a la formación de la consciencia de las necesidades y de los derechos, y a permitir el control popular y representativo.

La responsabilidad sanitaria de cada entidad gubernamental, de cada servicio y de los trabajadores de la salud debe ser normatizada y reglamentada, así como los derechos y deberes del ciudadano usuario del SUS. La calidad de los servicios prestados debe ser exigida a cada uno de los profesionales y dirigentes del sector. Aún sabiendo que

tenemos condiciones muy limitadas en términos financieros y operacionales, los gestores y profesionales deberán ser responsables por prestar el mejor cuidado posible dentro de esas condiciones. Esto sólo se hará realidad cuando las metas sean establecidas, los parámetros definidos y la población conozca y comparta estas metas, y pueda disponer de mecanismos efectivos de control.

La responsabilidad sanitaria debe ser ejercida plenamente en los lugares de trabajo, garantizando condiciones de producción que preserven la salud del trabajador y eviten los accidentes de trabajo.

INTENSIFICAR LA PARTICIPACIÓN Y EL CONTROL SOCIAL

Los Consejos y las Conferencias de Salud municipales, de los estados y a nivel nacional, son las modalidades de participación fuertemente diseminadas en el país, generando parte de la dinámica política del área de la salud. Sin embargo, es necesario revitalizar tales foros en el sentido de viabilizar relaciones sociales más igualitarias entre los actores sociales que participan en ellos. Es sabido que principalmente gestores, pero, en menor medida, también prestadores de servicios y profesionales de la salud disponen de mayores recursos de poder que los usuarios y controlan la agenda de debates de esos foros. Es necesario ampliar la capacitación de consejeros y democratizar la formulación de la agenda de salud. Deben realizarse esfuerzos en el sentido de aumentar la representatividad de los integrantes de los Consejos, incentivando una relación más constante y transparente con sus representantes. También, deberá ser evaluada la efectividad del papel deliberativo de los Consejos en la formulación y seguimiento de las políticas de salud para poder superar los obstáculos existentes de diversa naturaleza.

Por otro lado, no se generalizó en el sistema el conjunto de mecanismos innovadores de participación y de control social. Es el caso de los Consejos locales de unidades ambulatorias y de unidades hospitalarias. Tan sólo las unidades propias del SUS, en las tres esferas de gobierno, han presentado experiencias en este sentido, siendo que en la área hospitalaria estas experiencias son

dramáticamente escasas. Otros mecanismos de participación individual, tales como auditorías, "disque salud", encuestas sistemáticas de satisfacción de usuarios, carecen también de generalización en el contexto del sistema.

Unidades de servicios privadas que son financiadas con recursos públicos no disponen de mecanismos de participación o de control social, más allá de los ejercidos por el Ministerio de Salud o el Ministerio Público. Es necesario definir cuáles serían los mecanismos básicos indispensables para la democratización de la gestión del sistema y constituir instrumentos legales y administrativos que generalicen el funcionamiento de estos mecanismos en unidades de salud propias y financiadas por el SUS, tomando en cuenta que la prestación de servicios de salud, especialmente cuando es financiada con recursos públicos, es una concesión que hace el Poder Ejecutivo para el ejercicio de un deber de Estado.

Gestores del SUS, Ministerio Público y Poder Legislativo necesitan crear espacios para viabilizar acciones cooperativas y coordinadas. Le compete al Ministerio de Salud la coordinación de la horizontalización de esas instancias estatales.

AUMENTAR LA COBERTURA Y LA RESOLUTIVIDAD Y CAMBIAR RADICALMENTE EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD

La sustentabilidad político-económica del SUS y su legitimidad dependen de la promoción de un cambio radical del modelo de atención, dado que la calidad y la resolutivez de las acciones y servicios de salud le brindarán al SUS la posibilidad de transformarse en patrimonio nacional y ser el espacio preferencial de atención para todos los segmentos sociales.

Un cambio radical del modelo de atención a la salud, implica no solo priorizar la atención primaria y retirar del centro del modelo el papel del hospital y de las especialidades, sino principalmente concentrarse en el usuario-ciudadano como un ser humano integral, abandonando la fragmentación del cuidado que transforma a las personas en órganos, sistemas o pedazos de gente enferma. Las prácticas interactivas, más holísticas, deben estar disponibles como alternativas de cuidado a la salud. La humanización del

cuidado, que implica tanto el respeto en la recepción y en la atención como la limpieza y el confort de los ambientes de los servicios de salud, debe orientar todas las intervenciones.

La Carta de los Derechos de los Usuarios de Salud debe ser ampliamente difundida y su implementación acompañada por los organismos gestores y de control social, apuntando a su evaluación y a eventuales mejoras. Y los servidores públicos deben estar comprometidos con el resultado de sus acciones en el cuidado de las personas.

Para ampliar el acceso y garantizar la cobertura de acciones y cuidados a la salud, es necesario expandir y organizar redes de servicios de salud articuladas. Las unidades básicas, receptoras, de calidad y resolutivez en sus acciones integrales, preventivas y curativas, basadas en las necesidades y demandas de la población, deben articularse a los demás niveles del sistema local de salud con garantías de referencia y contra-referencia. En este sentido, es imprescindible articular actividades de salud colectiva con acciones de asistencia clínica en los servicios de atención básica, establecer estos servicios como puerta de entrada de los sistemas locales de salud, equipar y expandir los servicios de urgencia y emergencias y de referencia, implantar centrales de entrega de turnos, exámenes e internación y la Credencial SUS como instrumentos que garantizan el acceso y atención.

La formación de micro regiones o consorcios bajo la responsabilidad de los municipios y de los estados debe pautarse a través de la coordinación, programación y oferta de recursos para promover, prevenir y tratar problemas de salud. La ampliación y la garantía de inversiones en la estructuración de redes articuladas y territorializadas son esenciales para conferir más calidad y resolutivez a los servicios prestados.

La ejecución de acciones de asistencia terapéutica integral, inclusive farmacéutica, debe traducirse en garantizar el acceso universal de la población a aquellos medicamentos considerados esenciales, como también en el control de la seguridad, eficacia y calidad de los productos y en la promoción de su uso racional. La política nacional de medicamentos no se restringe a la adquisición y a la distribución; sino que envuelve a todas las actividades relacionadas a la garantía

del acceso de la población a aquellos medicamentos esenciales, incluyendo inversiones e incentivos en desarrollo científico y tecnológico, y producción.

FORMAR Y VALORIZAR A LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Se debe enfrentar el desafío de superar las barreras legales que dificultan la combinación de la agilidad y eficiencia imprescindibles de la gestión, con la vinculación regular de los trabajadores al SUS, de modo de evitar no sólo la burocratización sino también la precarización, privatización y tercerización de las relaciones de trabajo del SUS. Se trata de enfrentar estos problemas impostergables, a través de la formulación e implementación de políticas articuladas entre los sectores de la salud y educación, para asegurar que la oferta (distribución y apertura de cursos y programas, y el respectivo número de vacantes) de formación técnica, de graduación y de especialización en el área de la salud corresponda a las necesidades del SUS y de la población, superando los desequilibrios regionales y sub-regionales y las determinaciones del mercado. Paralelamente a las políticas de corte nacional, es necesario responsabilizar a las tres esferas, de acuerdo con sus competencias y posibilidades, por la concreción de políticas que favorezcan la interiorización del trabajo en salud con calidad, como también asegurar la autonomía de los municipios, Distrito Federal y estados para crear mecanismos de atracción y estabilidad de equipos de salud en todos los niveles del sistema.

Las medidas volcadas hacia la formación, la educación permanente y la estabilidad de los equipos de profesionales de la salud en base a las necesidades y derechos de la población tienen un rol crucial en la implementación del conjunto de los principios y directrices del SUS y del nuevo modelo de atención a la salud y de gestión.

La reducción de los cargos de confianza en la gestión en salud, en las tres esferas de gobierno, y su sustitución por cuadros técnicos y administrativos de carrera son necesarias para la estabilización y calificación de la gestión del SUS. Por otro lado, se trata de un modo de evitar que la gestión de la salud sea usada como moneda

para garantizar la gobernabilidad. El otorgamiento de cargos de dirección debe obedecer a criterios objetivos y compatibles con los requerimientos de capacitación y habilitación específicos.

Este conjunto de propuestas se concentra en torno a la adopción de políticas públicas de gestión del trabajo (municipales, de los estados y federales) que consideren las diversidades regionales, aseguren el carácter público del ingreso y establezcan carreras en el SUS, que posibiliten el ascenso asociado no solamente al tiempo de trabajo y calificación, sino también a los resultados del trabajo y al compromiso de los profesionales y de los equipos con la mejora de la salud de la población.

PROFUNDIZAR EL MODELO DE GESTIÓN

Al inicio de este año, los gestores de los tres niveles de gobierno cerraron un acuerdo en defensa de la vida, del SUS y de la gestión. A través de ese instrumento, se comprometen a avanzar en la Reforma Sanitaria desarrollando acciones articuladas, repolitizando la salud y promoviendo la ciudadanía. Se retomó el énfasis en la directriz constitucional de la regionalización. Se trata de reconocer la autonomía de las Comisiones Bipartitas para pautar las estrategias de la regionalización en los estados, en base a las directrices nacionales acordadas en la Comisión Tripartita; promover la creación de Comisiones Intergestores regionales y micro-regionales; rescatar el importante papel coordinador de las entidades estatales y establecer formas de cogestión entre las entidades federadas para promover la descentralización solidaria y cooperativa del sistema de salud. Es necesario cumplir cabalmente ese acuerdo en pro de la población brasileña.

La definición de prioridades y metas es un componente imprescindible para la planificación efectiva y la responsabilidad por su cumplimiento. Para profundizar el modelo de gestión del SUS, tanto para los servicios de administración directa como para los contratados, es necesario establecer la corresponsabilización por medio de contratos de gestión y de financiamiento mixto que establezcan las metas sanitarias a ser cumplidas. Esto implica, necesariamente,

realizar una reforma administrativa que de cuenta de las especificidades de los principios y de las organizaciones del SUS y les permita agilidad y eficiencia en sus decisiones, bajo la égida de la ética y de la responsabilidad pública.

Todas las unidades públicas de salud, desde las más simples a las más complejas, deberán gozar de autonomía gerencial, desarrollar modalidades de gestión participativa, colegiada o de cogestión, con trabajadores de la salud y otras representaciones de la comunidad, y definir metas cualitativas y cuantitativas en interacción con los objetivos municipales y regionales, a través de contratos de metas o de gestión.

AUMENTAR LA TRANSPARENCIA Y EL CONTROL DE LOS GASTOS

Las decisiones de la política de asignación de recursos y los criterios de los gastos deben ser transparentes y factibles de ser controladas por la población, y apuntar al acceso igualitario a los servicios de calidad en todos los niveles del sistema.

Las compras realizadas por el sector público deberán ser operativizadas de modo tal de impedir la corrupción en todas las esferas y niveles gubernamentales, utilizando los instrumentos tecnológicos disponibles para realizar informes que puedan ser acompañados por el público. La definición de parámetros técnicos y financieros debe permitir que la sociedad y autoridades públicas puedan acompañar y monitorear los gastos gubernamentales.

Será necesario realizar un trabajo más profundo con la Procuraduría General de la Unión y con los Tribunales de Cuentas, para crear mecanismos que impidan los tipos de corrupción ya detectados en el área de salud. Es necesario crear una instancia que congregue a gestores públicos, Procuraduría, Tribunales, Ministerio Público, Legislativo y organizaciones de la sociedad civil para desarrollar políticas e instrumentos efectivos de combate a toda forma de corrupción, prevaricación o malversación de los recursos públicos en salud.

AMPLIAR LA CAPACIDAD DE REGULACIÓN DEL ESTADO

Las diversas áreas del sector Salud –y sus derivaciones hacia otros sectores desde la Educación hasta los medios de comunicación– integran el complejo productivo de la salud. Bajo tal acepción se rescata el significado económico y productivo de las acciones y productos vinculados a la atención en salud, considerando la estrecha relación entre dos polos:

- 1) un sector productivo industrial de bienes como vacunas y sueros, medicamentos y fármacos, sangre y hemoderivados, reactivos y kits diagnósticos, equipamientos médicos y quirúrgicos;
- 2) el de la producción de acciones de salud por los agentes públicos y privados (filantrópicos y lucrativos).

Es indispensable admitir que, el no reconocimiento de la influencia de los factores de mercado en la salud elimina un importante elemento de análisis y de formulación de las políticas, especialmente en la definición de prioridades de incorporación de innovaciones (productos y procesos) y en la importancia de la influencia de los agentes económicos sobre la oferta de servicios de salud. Dado que la salud es un bien de relevancia pública, las relaciones público-privado deben ser objeto permanente de regulación estatal, en el sentido de la preservación de los derechos de los usuarios del SUS y de los consumidores de planes y seguros de salud. Más allá de eso, el poder público debe actuar en la regulación de la reorientación de las demandas de los planes y seguros hacia los servicios especializados del SUS y en la eliminación de las interferencias de las empresas privadas en el sistema público.

La fragmentación y la segmentación vigentes en el sistema nacional de salud exigen la explicitación del monto total de recursos públicos involucrados en el financiamiento de planes y seguros de salud, como también de los intereses en conflicto derivados de la acumulación de puestos gerenciales y administrativos por profesionales de la salud con “doble militancia”.

Profundizar la construcción de una convivencia entre las instituciones públicas y privadas,

en función de las necesidades y derechos de los usuarios y bajo la égida del principio constitucional que establece el carácter complementario de los servicios privados de salud, es una tarea impostergable. Los servicios privados que integran el SUS deben pautar sus actividades como si fuesen públicos. Además, es necesario inducir a las empresas privadas prestadoras de servicios, las que comercializan planes de salud, como también las empresas empleadoras que ofertan planes de salud para sus empleados, a participar decisivamente de los esfuerzos para la construcción de sistemas regionalizados, volcados hacia la atención de las necesidades y derechos de la población.

La institución de reglas claras sobre el “tránsito privado-público de pacientes” debe fortalecer la red de servicios del SUS como la “única puerta de entrada” para la admisión en los servicios públicos, tanto para la atención de pacientes de empresas de planes y seguros de salud, como para el acceso a medicamentos.

Para enfrentar la tendencia a la segmentación es necesario convocar a entidades sindicales, empresariales y de profesionales de la salud para emprender nuevos compromisos en torno a la salud. Es fundamental el establecimiento de tablas de remuneración de procedimientos que sean compatibles con los gastos de los profesionales y de los servicios y aseguren la calidad de la asistencia prestada. La institucionalización del plan de salud universal para los servidores civiles de la esfera federal representaría la cristalización de la incredulidad del propio gobierno en la universalización de la salud. Los recursos involucrados y programados para financiar los planes de salud de funcionarios públicos deben ser canalizados para mejorar la calidad de atención a la salud en los servicios del SUS.

La adopción de criterios de ingreso en los servicios de salud vinculados al SUS basados en las condiciones clínicas y necesidades de salud, y no en la capacidad de pago, y la exigencia de la correcta utilización de los mismos patrones asistenciales de casos con diagnóstico similar para todos los brasileños, son esenciales para el reordenamiento de las relaciones entre lo público y lo privado y para garantizar el acceso y la calidad de la asistencia.

SUPERAR LA INSEGURIDAD Y EL DESFINANCIAMIENTO

Las políticas sociales se encuentran permanentemente bajo la amenaza de que sus recursos sean aún más reducidos, generando una situación de inseguridad que impide la efectividad y eficacia de su planificación y ejecución.

La forma más habitual, aunque muy perjudicial para la gestión social, es la permanente reducción de los presupuestos públicos en función de aumentar el fondo de contingencia que atienda a los dictámenes del superávit primario establecido por el área económica, aún hasta superarlo. Además de perjudicial, esa práctica corroe la propia democracia, al transformar el presupuesto público en una obra de ficción.

Otra manera de subvertir los dictámenes constitucionales sobre los recursos a ser asignados al área social, es la introducción constante de otros gastos de programas gubernamentales considerados prioritarios, dentro de los presupuestos para los cuales existen recursos constitucionales definidos como el de Salud. Esto ocurre en función de la no reglamentación de la Enmienda Constitucional N° 29.

Otra manera de retirar recursos del área social que ha sido reiteradamente usada y prorrogada es la DRU (Desvinculación de las Recaudación Impositiva de la Unión), que, con el pretexto de dar mayor flexibilidad al gobierno central, retira 20% de los recursos constitucionalmente destinados al área social. La DRU está en vigencia hasta 2007 y tenemos que exigir que el gobierno, desde ahora, cree mecanismos substitutivos de esa fuente espuria. El momento de las elecciones es importante para pautar con los candidatos la eliminación y substitución de la DRU.

En diferentes momentos, sectores gubernamentales o elites económicas de la sociedad civil han planteado la necesidad de dar aún mayor flexibilidad presupuestaria al gobierno, desvinculando totalmente los fondos constitucionales para el área de salud de la recaudación impositiva. Apoyados por organismos internacionales, a cada momento son lanzados rumores para testear la opinión pública en ese sentido. Alegan que esos recursos son necesarios para llegar al déficit cero nominal, y llegada esa instancia sobrarán recursos para el área social. La sociedad brasileña conoce

esa lógica y sabe que no existe flexibilidad para el pago de intereses de la deuda y que esos recursos desviados de sus vinculaciones constitucionales jamás retornarían. Por eso no permitiremos la desvinculación, y este compromiso deberá ser asumido públicamente por los candidatos comprometidos con la democracia social.

Otra amenaza constante es la reducción o eliminación de beneficios sociales, vistos como causantes del alegado desequilibrio financiero de la Previsión Social. Es necesario que este debate sea realizado de forma seria y no como siempre, bajo la amenaza de la espada del déficit y de la crisis. Es necesario hacer un debate abierto y transparente: existen datos que cuestionan el déficit, apuntando a la apropiación de las fondos sociales para otros fines y la evasión de contribuciones. El debate sobre los beneficios previsionales no puede estar restringido a la dimensión contable, prescindiendo del principio mayor que subordina la Previsión Social a los objetivos del orden social de garantizar el bienestar y la justicia social. En vez de desvincular los beneficios previsionales del salario mínimo, es necesario desvincular los beneficios sociales de la capacidad contributiva de cada individuo. Sólo así, con la socialización de los costos de la protección social, estaremos permitiendo que se realice una redistribución del ingreso vía políticas sociales que garanticen los derechos universales. Para ello, es necesario rever el enfoque de esta discusión, buscando fuentes que financien la inclusión previsional de millones de trabajadoras y trabajadores cuyo trabajo aún no tiene amparo legal.

En relación al financiamiento de la salud, observamos:

- Una acentuada retracción de la contrapartida federal, al ser cotejada con el crecimiento de las contrapartidas de los estados y municipios, tanto en términos de porcentajes del total del financiamiento público como en dólares *per capita*. Aunque los recursos destinados a la salud representen un porcentaje considerado alto en el presupuesto, es totalmente insuficiente frente a las necesidades de la población.
- Brasil gasta muy poco en salud. El total del financiamiento público oscila entre 125 y 150 dólares *per capita* al año, mientras en Canadá, países europeos, Japón, Australia y otros, la

media de financiamiento público es de 1.400 dólares *per capita*, en la Argentina es 362 dólares y en el Uruguay, 304 dólares.

- El Proyecto de Ley Complementaria N° 01/2003, que reglamenta la Enmienda Constitucional N°29/2000, fue exhaustivamente debatido y perfeccionado por las entidades de la sociedad civil, representativas de los usuarios, de los miembros de los Tribunales de Cuentas y del Ministerio Público, de los gestores en las tres esferas de gobierno, de los profesionales de la salud, de los prestadores de servicios. Este debate tuvo lugar en las Conferencias y Consejos de Salud, por más de dos años, y finalmente en las Comisiones de la Seguridad Social y Familia, de Finanzas e Impositivas y de la Constitución, Justicia y Ciudadanía de la Cámara de Diputados. Es necesario, que el gobierno y la oposición se comprometan a aprobarlo.
- Fruto de ese consenso es la propuesta de establecer una partida federal para Salud del 10% del ingreso bruto de la Unión, lo que corresponde a un aumento de aproximadamente 10 billones de reales, o 30 dólares *per capita*, al año. Aunque aberrantemente insuficiente y muy por debajo de las referencias internacionales citadas, significa un importante paso, porque vincula esa partida a una base presupuestaria, de la misma manera que fue definida para los estados y municipios, dispone sobre lo que son servicios de salud financiados por el SUS y lo que no son servicios de salud, y orienta los gastos y las prestaciones de cuentas en base al referencial de la Equidad, Integralidad y Eficiencia.

LA SALUD UNIVERSAL, HUMANIZADA Y DE CALIDAD COMO POLÍTICA DE ESTADO

Estas estrategias programáticas representan los puentes a ser construidos para lograr la transición entre el SUS existente, reconociendo sus avances y limitaciones, hacia el SUS "en serio": Universal, Humanizado y de Calidad. Hoy, es plenamente factible y necesario ampliar la garantía del derecho a la salud.

Las elecciones que se aproximan reubicarán a la salud en la agenda de las prioridades de los candidatos y de los partidos. Nuestra intención es abrir este debate de forma amplia, con todos los partidos políticos, de modo de alcanzar un lugar importante de nuestras propuestas en sus programas. La lucha por la democratización de la salud siempre fue extrapartidaria y permitió la construcción de una amplia y sólida coalición reformadora que ha dado sustento al proceso de la Reforma Sanitaria.

Una vez más, estas fuerzas comprometidas con el avance de la democracia por medio de la implementación de la Reforma Sanitaria reafirman la necesidad de que los postulantes a los cargos electivos se comprometan con el programa expresado en las líneas programáticas anteriormente enunciadas. Estas fueron fruto de una amplia discusión entre diferentes entidades, y su delineamiento nació de la experiencia acumulada por lo movimiento de la Reforma Sanitaria en

todos sus frentes de trabajo: en las organizaciones y entidades de profesionales y usuarios, en las universidades, en el poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial, etc.

Sabemos que es posible, hoy, atender a la población en un SUS "en serio": universal, humanizado y de calidad. Para llegar a eso es necesaria la firme voluntad política de nuestros líderes de asumir el compromiso social de nuestras propuestas. Tenemos certeza que, de esa forma, estaremos todos construyendo una sociedad más justa y democrática, que trascienda la mera perspectiva sectorial, posibilitando el avance en dirección a una sociedad inclusiva en la cual predomine la cultura de la paz. Este es un momento crucial para que transitemos del SUS actual al SUS "en serio": no serán toleradas omisiones.

Río de Janeiro, Julio de 2006 (b)

NOTAS FINALES

a. Nota de los Editores: El título original en portugués es *O SUS prá valer: Universal, Humanizado e de Qualidade*. Dada la dificultad para hallar una expresión en español que represente el significado de la expresión *prá valer* de uso corriente en Brasil, se optó por su traducción literal "en serio", siendo conscientes de la pérdida del sentido original.

b. Este documento fue elaborado por el Foro de la Reforma Sanitaria Brasileña y está en discusión con el Frente Parlamentario de Salud, con otras

entidades del sector salud y educación y con la sociedad. Su objetivo fue contribuir a las plataformas electorales generales de octubre de 2006. Pueden remitirse mensajes a las siguientes direcciones electrónicas:

ABRASCO - www.abrasco.org.br
CEBES - cebes@ensp.fiocruz.br
ABRES - www.abres.fea.usp.br
REDE UNIDA - www.redeunida.org.br
AMPASA - www.ampasa.org.br