

Financiamiento de sistemas universales de salud en el marco de la seguridad social: el caso de Brasil

Dr. Armando De Negri Filho
San José de Costa Rica
05 de diciembre del 2008

Sistemas de Salud orientados a las personas – en los derechos humanos

X

**Servicios orientados a los mercados
(sistemas?)**

“Democracia sin Justicia Social es una mera formalidad” – Boaventura de Sousa Santos

Nos hace falta politizar y profundizar el debate...

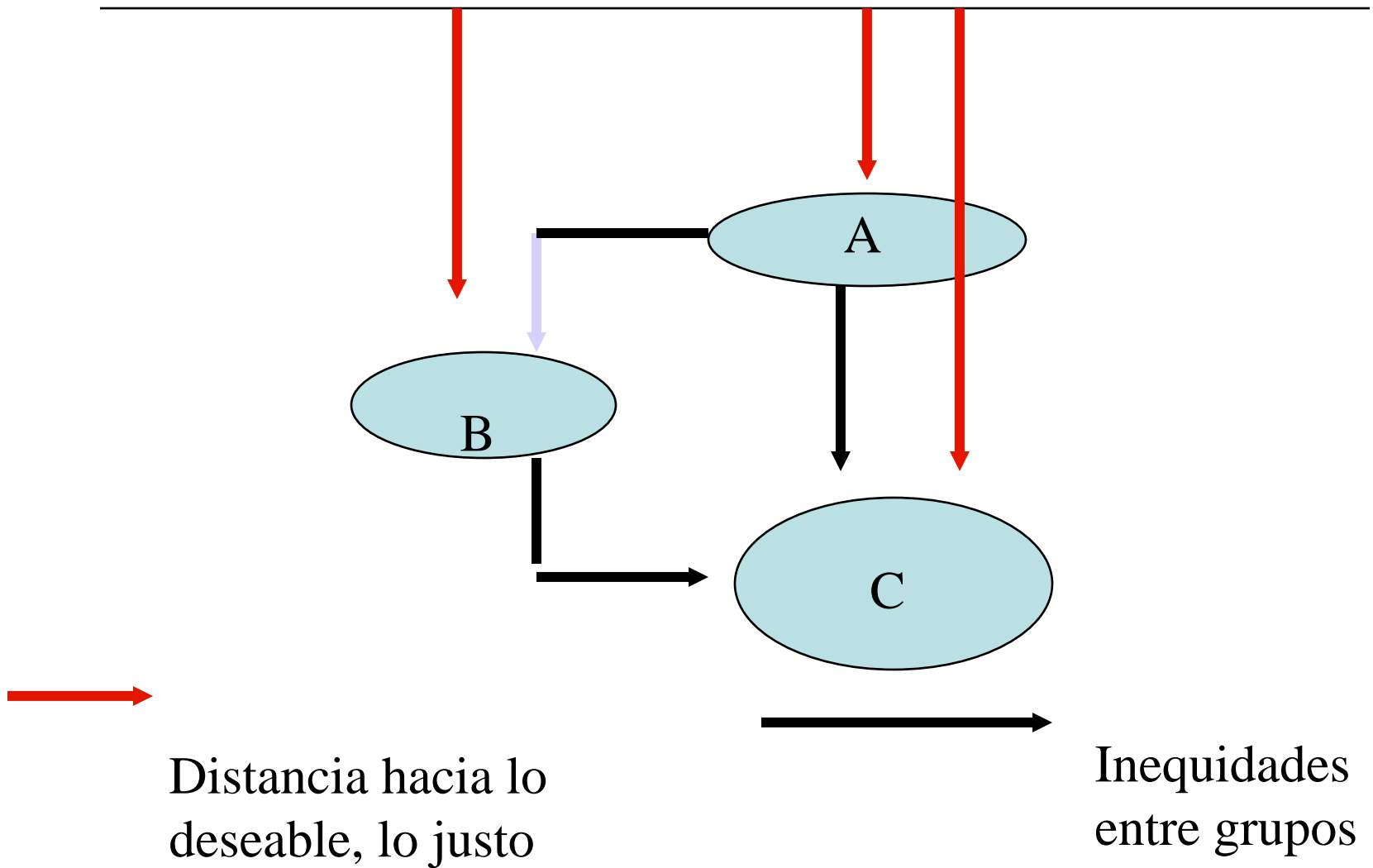
La triada indisociable:

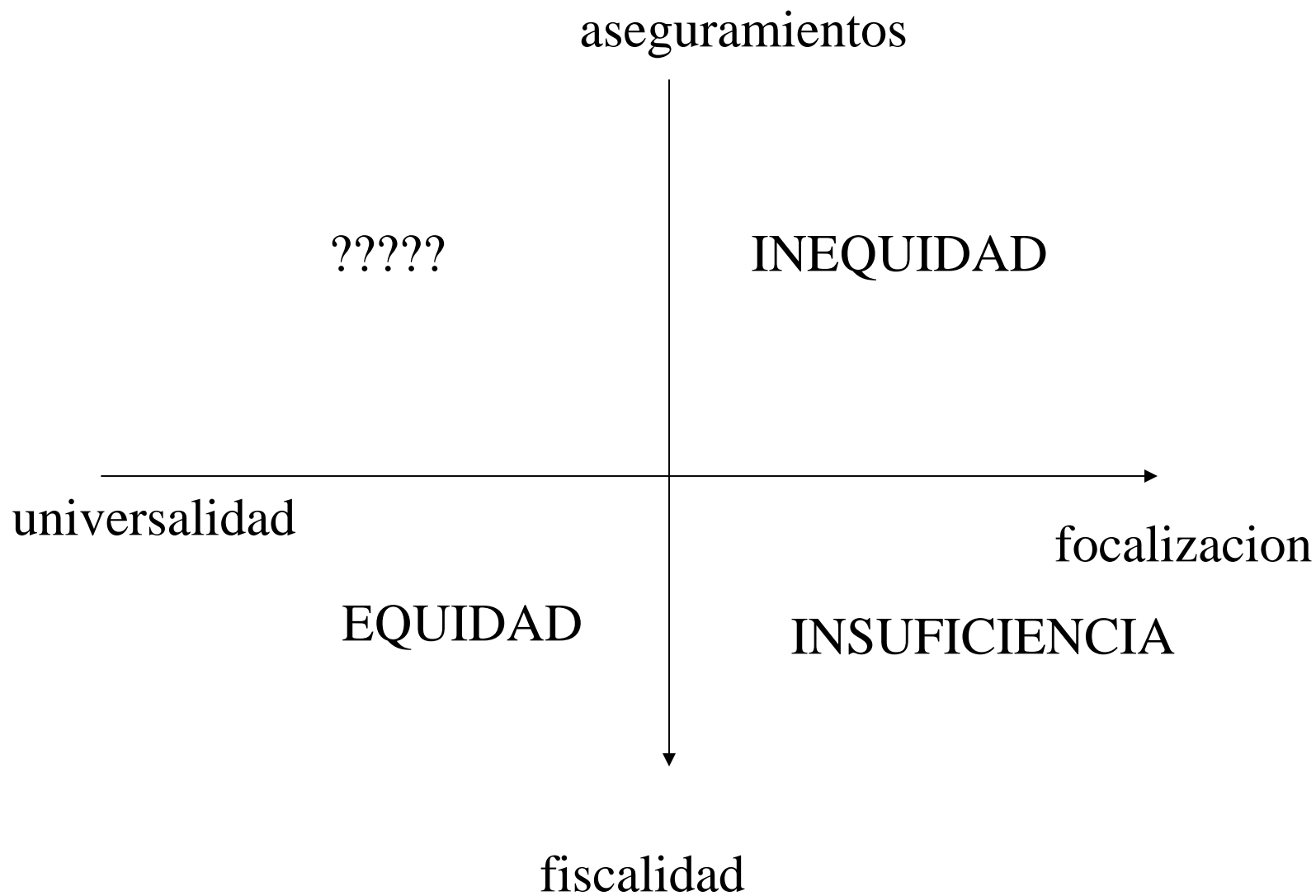
- Universalidad es para todos y todas
- Integralidad es lo necesario para prover / materializar el derecho a todos y todas
- Equidad es la justicia social que hace con que todos y todas tengan sus derechos respondidos de forma adecuada en el tiempo / oportunidad y sin diferencias en relacion a otros que tienen las mismas necesidades. Implica en accesos equitativos a los recursos (en las politicas, en lo financiero, en los servicios y a la calidad de la atencion) y a los resultados sanitarios y sociales de su aplicacion.

LA EQUIDAD...

- El enfoque de la equidad no establece los “mínimos” posibles sino genera la tensión entre lo necesario (lo justo, el derecho...) para todas y todos y lo ya posible para algunos (los privilegios)...
- El ejemplo ilustrativo de los subsidios cruzados y la inequidad de los per cápitas...
- Para mensurar las inequidades hay que definir las distancias entre grupos de la distribución de lo alcanzado y sus diferencias, distribución frente a lo justo para todas y todos

Lo bueno, lo justo como la expresion del derecho – “lo razonable”





Inspirado por :Targeting and Universalism in Poverty Reduction, Thandika Makandawire, UNRISD, dec. 2005.

Armando De Negri Filho, 2006

- “ la redescubierta de la eficiencia vino de mano con la disminucion de las preocupaciones redistributivas y transformativas (o desarrollistas)...”
 - » Thandika, 2005

- Noruega: los costos de transacion hacen el universalismo mas barato y sus expresiones cotidianas lo hacen mas transparente del punto de vista politico y mas “accountable”...
- La focalizacion exige una estructura de Estado y una capacidad tecnica que estan ausentes (donde se las necesita) o desnecesarias (donde se las tienen)...
- Las razones del declinio pasado del universalismo: el universalismo estratificado y las aristocracias laboristas....
- Los “sucesos” de la focalizacion ... no mas de 70% de la poblacion blanco y no mas de 4.0 de acuracia para llegar al ultimo quintil

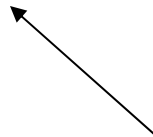
- **POR EL EJERCICIO DEL IMPERATIVO ETICO DE GENERAR RESPUESTAS PARA LAS NECESIDADES SOCIALES EN CALIDAD DE VIDA DECURRENTES DE LOS DERECHOS , HACIA LA PRODUCCION SOCIAL DE LA EQUIDAD**
- **DESARROLLO DE UN NUEVO MODO DE ATENCION PROMOCIONAL ORIENTADO PARA LA RESPUESTA A LAS NECESIDADES SOCIALES EN CALIDAD DE VIDA**
- **DESARROLLO DE UN NUEVO MODO DE GESTION ORIENTADO PARA EL DESARROLLO DE UN NUEVO MODO DE ATENCION PROMOCIONAL PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES SOCIALES EN CALIDAD DE VIDA**

Cambiando el Juego de...

- Modelo de Gestión



- Modelo de Asistencia



- (Demandas) filtradas por la Oferta



- Fragmentos de las Necesidades Sociales

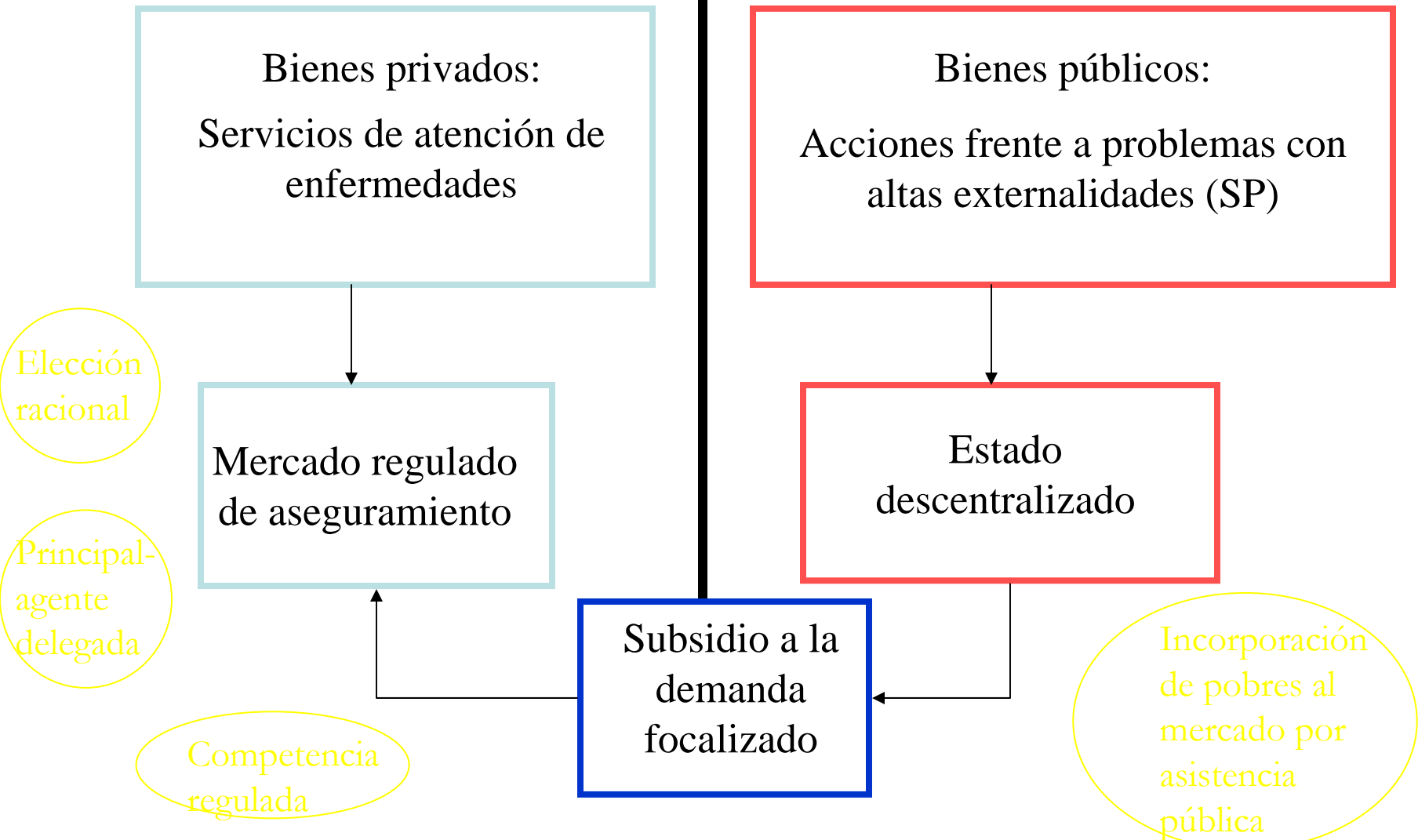
Cambiando el Juego para....

- El Imperativo de Responder a las Necesidades Sociales en Calidad de Vida, derivadas de los derechos humanos y sociales, generando equidad social
- ↓
- Modo de Atención
- ↓
- Modo de Gestion

El “pluralismo estructurado”: teorías neoclásicas y neoinstitucionalistas para las reformas sanitarias en América Latina

(BM, 1987, 1993; Frenk y Londoño, 1997)

Dr. Mario Hernandez Alvarez, 2006



Población y territorio

- Extensión territorial – 8,5 millones de Km²
- Población – ~194 millones de habitantes
- 05 macrorregiones geopolíticas
- 26 estados + Distrito Federal
- 5561 municípios



Nuestra experiencia en esta construcción:

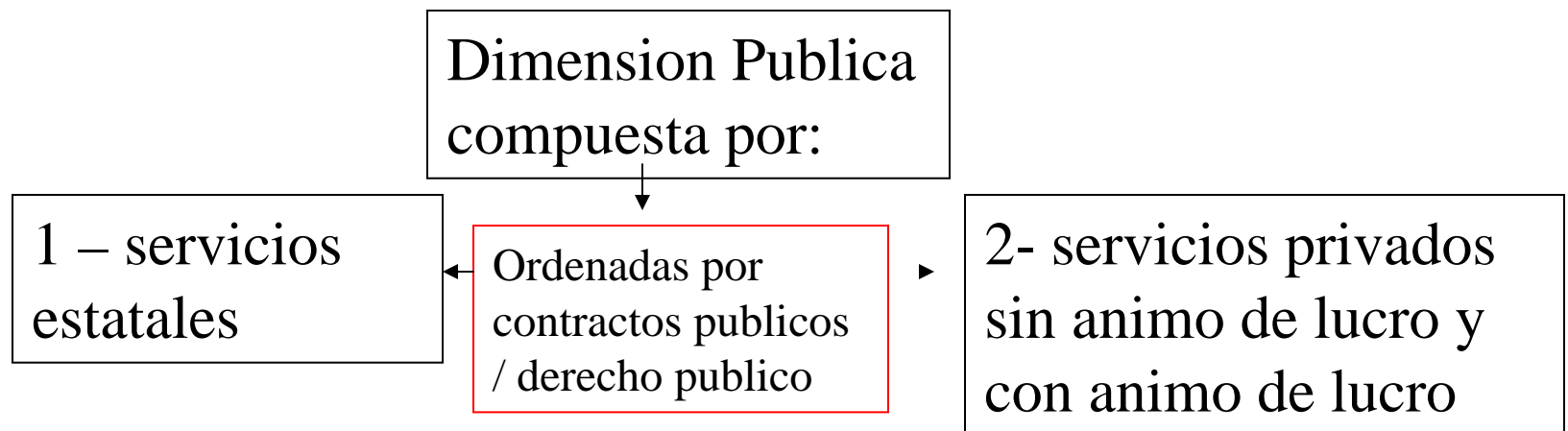
- **la construcción de un concepto y una intencionalidad – la reforma sanitaria brasilera como la expresión de la lucha por la salud como derecho de todas y todos**
- **la conquista de un nuevo modo de ordenar el sistema de salud – conquistar la ley por medio de una movilización política amparada en la fuerza de las necesidades sociales no satisfechas**
- **la VIII Conferencia Nacional de Salud y la democratización de las conferencias nacionales, la Constituyente de 1986**

Nuestra experiencia en esta construcción:

- **la constitución federal de 1988 y las leyes orgánicas de 1990 – el amparo a la organización de un sistema nacional único para garantizar la universalidad, la equidad y la integralidad de la salud y su atención, que disciplina los intereses del sector privado en el sistema – construye esfera pública con las instituciones públicas y privadas en el marco de la relevancia pública constitucional de la salud**
- **la ley orgánica 8142, los consejos, la paridad mínima y las conferencias, paridad de los delegados, los consejos como órganos de decisión de las políticas de salud.**

El SUS – Sistema Único de Salud

- la constitución federal de 1988 y las leyes orgánicas de 1990 – el amparo a la organización de un sistema nacional único para garantizar la universalidad, la equidad y la integralidad de la salud y su atención, que disciplina los intereses del sector privado en el sistema – construye esfera publica con las instituciones publicas y privadas en el marco de la relevancia publica constitucional de la salud



Nuestra experiencia en esta construcción:

- **la radicalización de la descentralización – municipalización – NOB 93**
- **la creación de los espacios de concertación intergubernamental – Piso de Atención Primaria y de Vigilancia en Salud - NOB 96**
- **la búsqueda de la estabilidad del financiamiento – CPMF y ementa constitucional 29 (2000), en proceso de reglamentación**
- **La lucha por el financiamiento y por la regularización de la fuerza de trabajo del sector**

Nuestra experiencia en esta construcción:

- **hoy el sistema esta implantado en todo el país, en cada uno de los 5561 municipios hay autoridad sanitaria y consejo de salud paritario**
- **hay metas de salud y compromiso de cumplimiento, rendición de cuentas trimestral a los consejos. SIOPS.**
- **hay una lucha diaria por mantener y perfeccionar el sistema único, el cual garantiza desde las vacunas hasta los trasplantes, quimioterapia y radioterapia, hemodiálisis, medicamentos especiales.....**

El SUS (Sistema Único de Salud)

- Constitución: “La salud es derecho de todos y deber del Estado”
- El SUS: conjunto de acciones y servicios de salud prestados por instituciones públicas de los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal), con participación complementar del sector privado, prioritariamente sin fines de lucro.
- Los tres niveles de gobierno son responsables por la gestión y financiamiento del SUS, de forma articulada e solidaria

Princípios del SUS (Lei 8080/90)

- Universalidad de acceso;
- Integralidad de la assistência;
- Igualdad em la assistência a salud;
- Participación de la comunidad;
- Descentralización político-administrativa, con dirección única en cada esfera.

Ley 8142/90

- Instancias colegiadas de participación y control social del SUS, en los tres niveles de gestión:
 - Conferencias de Salud
 - Consejos de Salud
- Transferencia regular y automática de recursos fondo a fondo.
- Atención totalmente gratuita
- **Gasto Público 50% del gasto total en salud, cerca de 200 dólares / per capita año.

Conferencias Nacionales de Salud

El SUS

Unión

Consejo Nacional de Salud

Ministério de Salud

CIT

Comisión Intergestora tripartita

Secretarias Municipales

Estados

Consejo Estadual de salud

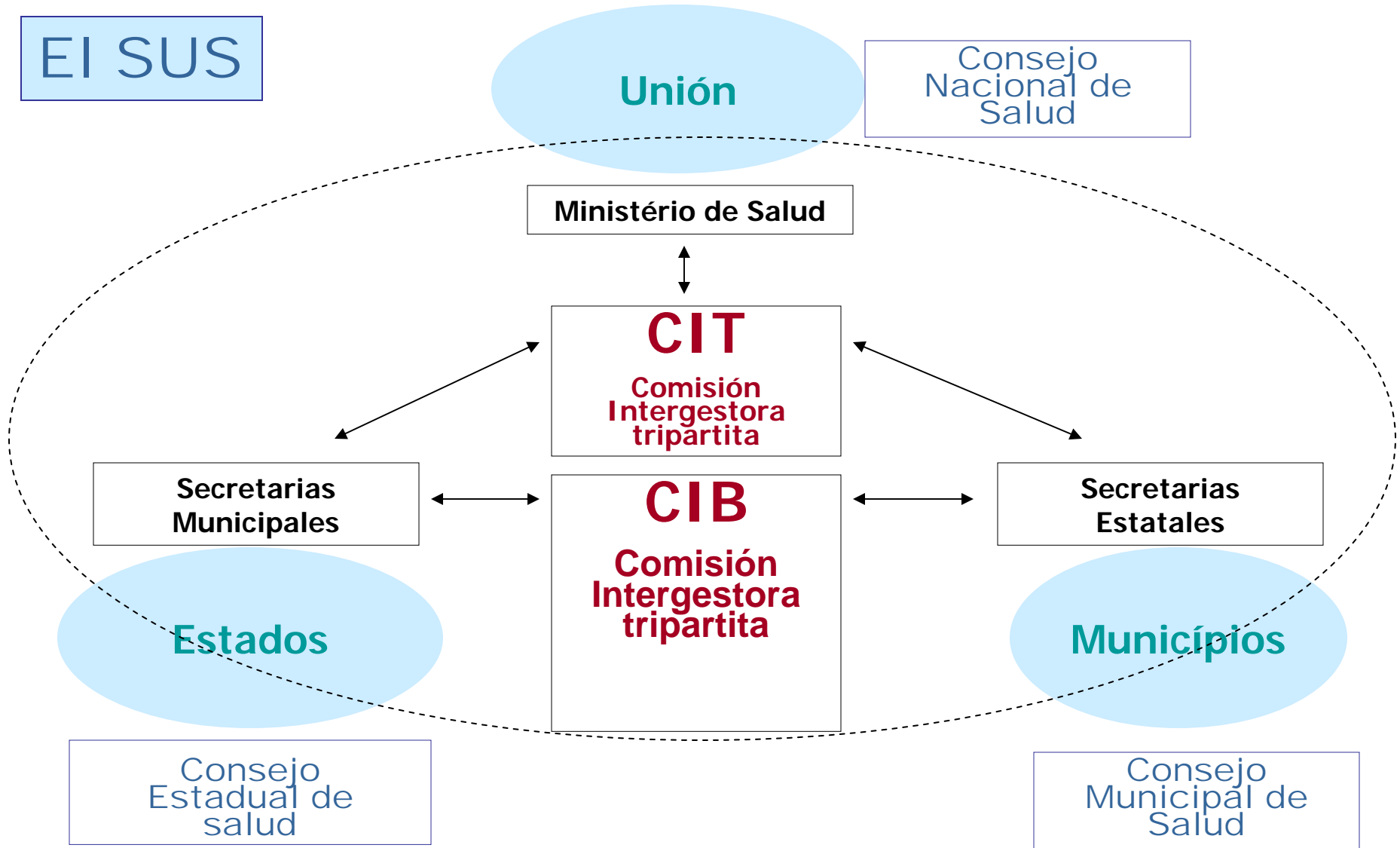
CIB

Comisión Intergestora tripartita

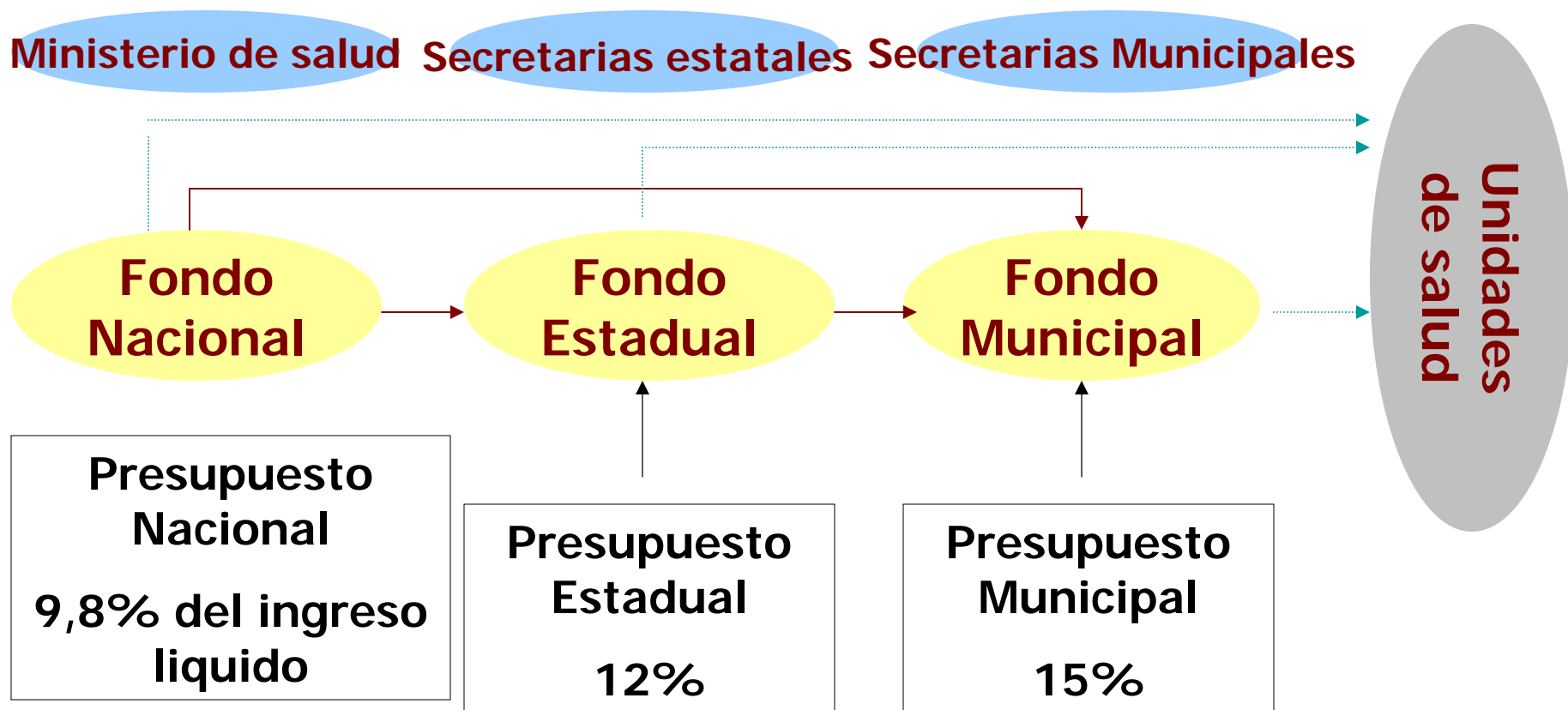
Secretarias Estatales

Municípios

Consejo Municipal de Salud



Financiamiento del SUS



Segmentação do Sistema de Saúde Brasileiro, 2005

SUS	Universal	75% (138 Milhões)
Servidores Públicos	Restrito	5% (9 Milhões)
Planos e Seguros Privados	Restrito	20% (36,8 Milhões)
Privado Direto	Restrito	...

Fonte: IPEA/DISOC - Estimativa

Estimativas do Gasto Nacional

Brasil: Gasto Nacional com Saúde, 2003

Valores Correntes

Fontes	R\$ Milhões	% PIB
a) Públicas	53.624	3,45
b) Privadas	64.651	4,16
<i>Pré-Pagamento</i>	<i>23.177</i>	<i>1,49</i>
<i>Direto</i>	<i>41.573</i>	<i>2,67</i>
TOTAL	118.375	7,61

Fonte: World Health Report, 2006

Financiamento do SUS

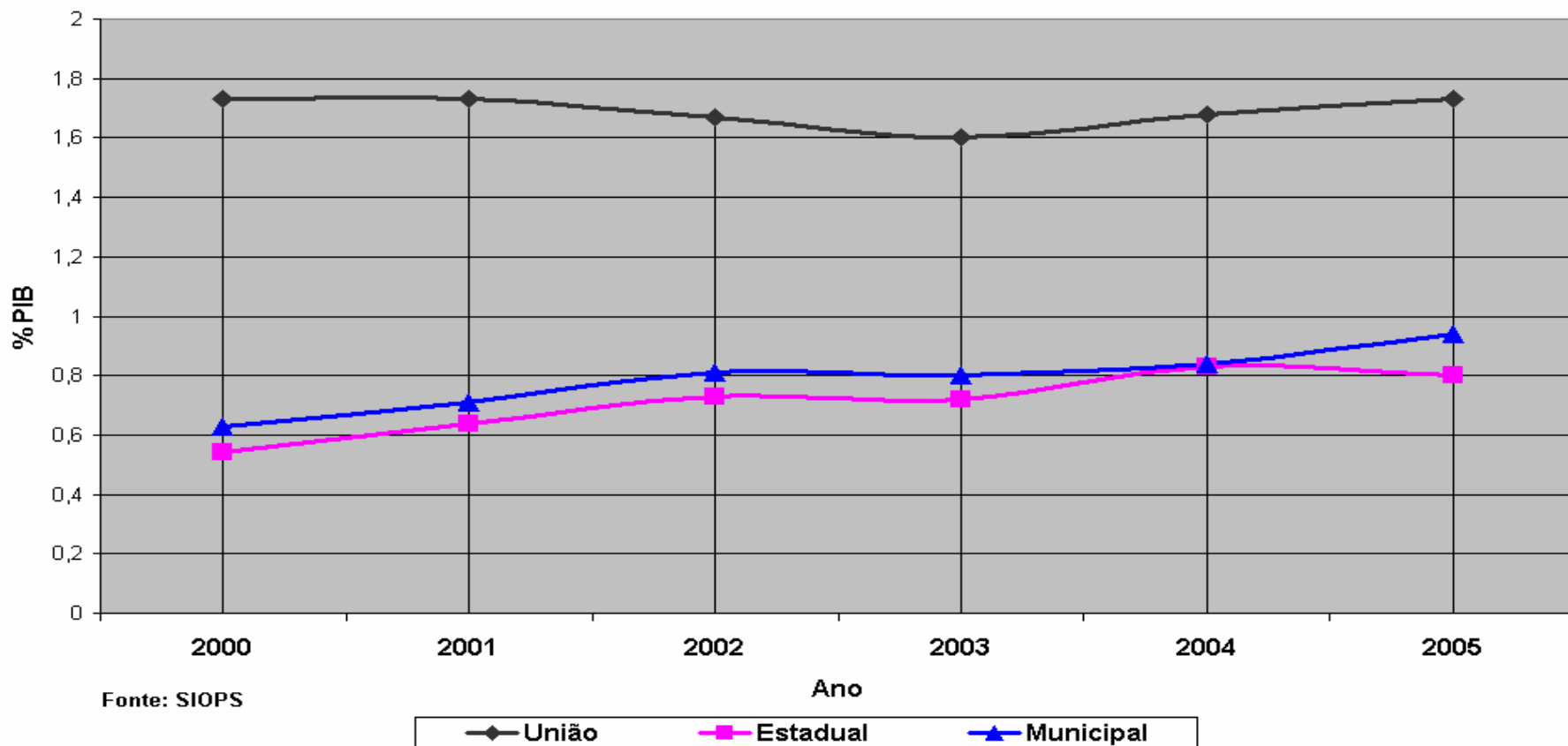
- Os recursos aumentaram com Emenda Constitucional 29 de 2000;
- Entre 2000 e 2005, o aumento foi maior da parte de estados e municípios: 48% e 49% (em relação ao PIB);
- Para a União, os recursos estáveis;

Gasto Público Saúde em % do PIB: 2000 - 2005

	% do PIB					
Nível de Governo	2000	2001	2002	2003	2004	2005
União	1,73	1,73	1,67	1,60	1,68	1,73
Estadual	0,54	0,64	0,73	0,72	0,83	0,80
Municipal	0,63	0,71	0,81	0,80	0,84	0,94
TOTAL	2,89	3,07	3,21	3,12	3,35	3,47

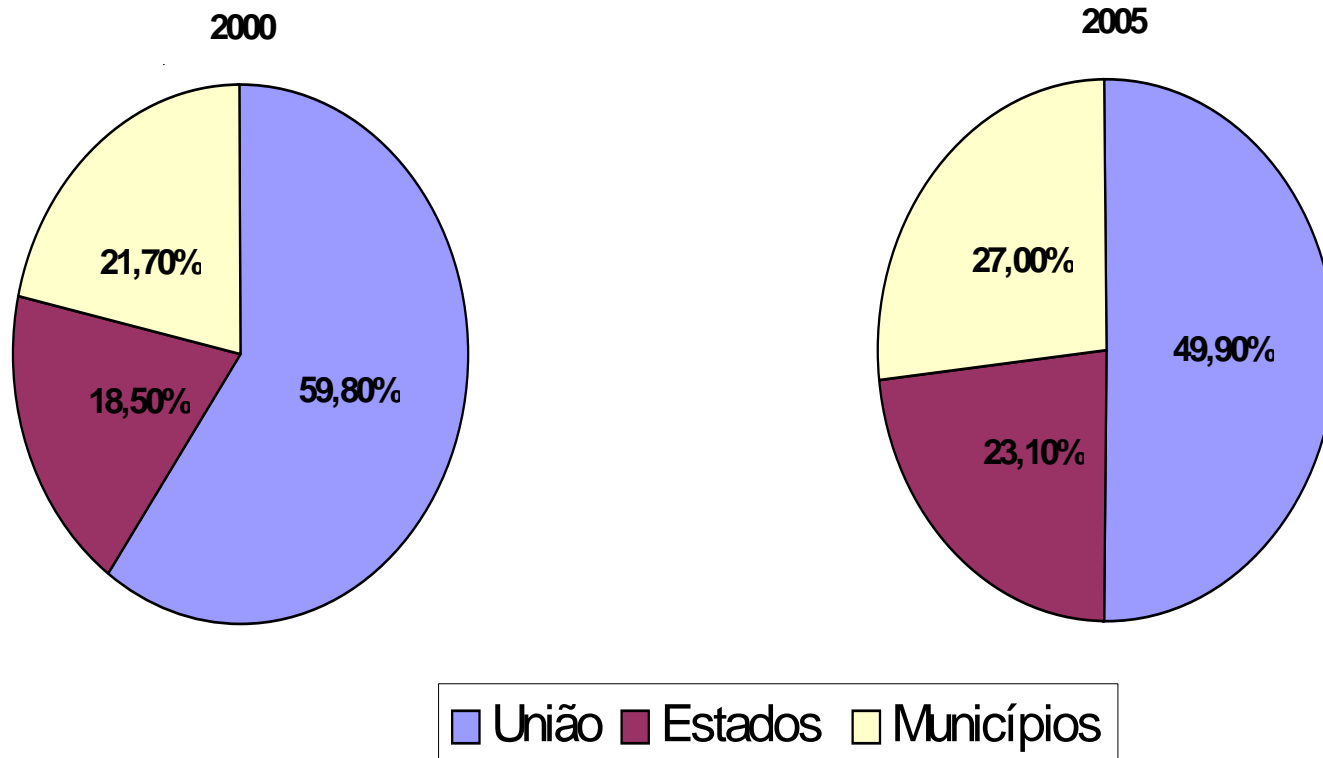
Fonte: SIOPS

Gasto Público Saúde em % do PIB: 2000 - 2005



A Emenda 29 alterou a divisão federativa do financiamento do SUS

Participação da União, Estados e Municípios no financiamento do SUS, 2000 e 2005 (Em%)



Distribuição da Receita Disponível e do Financiamento do SUS

- Receita Disponível: União 57,20%; Estados 25,38% e Municípios: 17,42
- Financiamento do SUS: União 50%; Estados 23% e Municípios: 27%

Saúde no Gasto Social das três esferas de governo

Tabela 04: Gasto Social das três esferas de governo, em % do PIB, 2004

Área	% PIB	% Total
Previdência	11,1	50
Educação	4,4	20
Saúde	3,5	16
Assistência Social	1,0	4
Urbanismo	0,9	4
Outras Sociais	1,4	6
Total	22,3	100

Fonte: Afonso, JR. e Araujo, EA. (2006)

Propostas para regulamentação da EC-29 (2008 – 2011)

CPMF – R\$ 40 bi/ano

Propostas:

- 1) 10% das receitas correntes – incremento do R\$ 20 bilhões no piso federal (2,5% do PIB);
- 2) Variação do PIB mantida (1,8% do PIB)
- 3) PIB + aportes adicionais (+R\$ 24 bilhões no período – piso federal 2 % do PIB)

EC-29 – Comparações

EC 29 - Estimativas recursos federais

Em R\$ bilhões

Ano	10% RCB	Proposta	Var. PIB	Dif (1-2)
2008	70,4	53,8	49,7	16,6
2009	75,8	59,6	54,5	16,2
2010	83,1	65,8	59,7	17,3
2011	91,4	74,6	65,5	16,8
% PIB	2,5	2,0	1,8	-

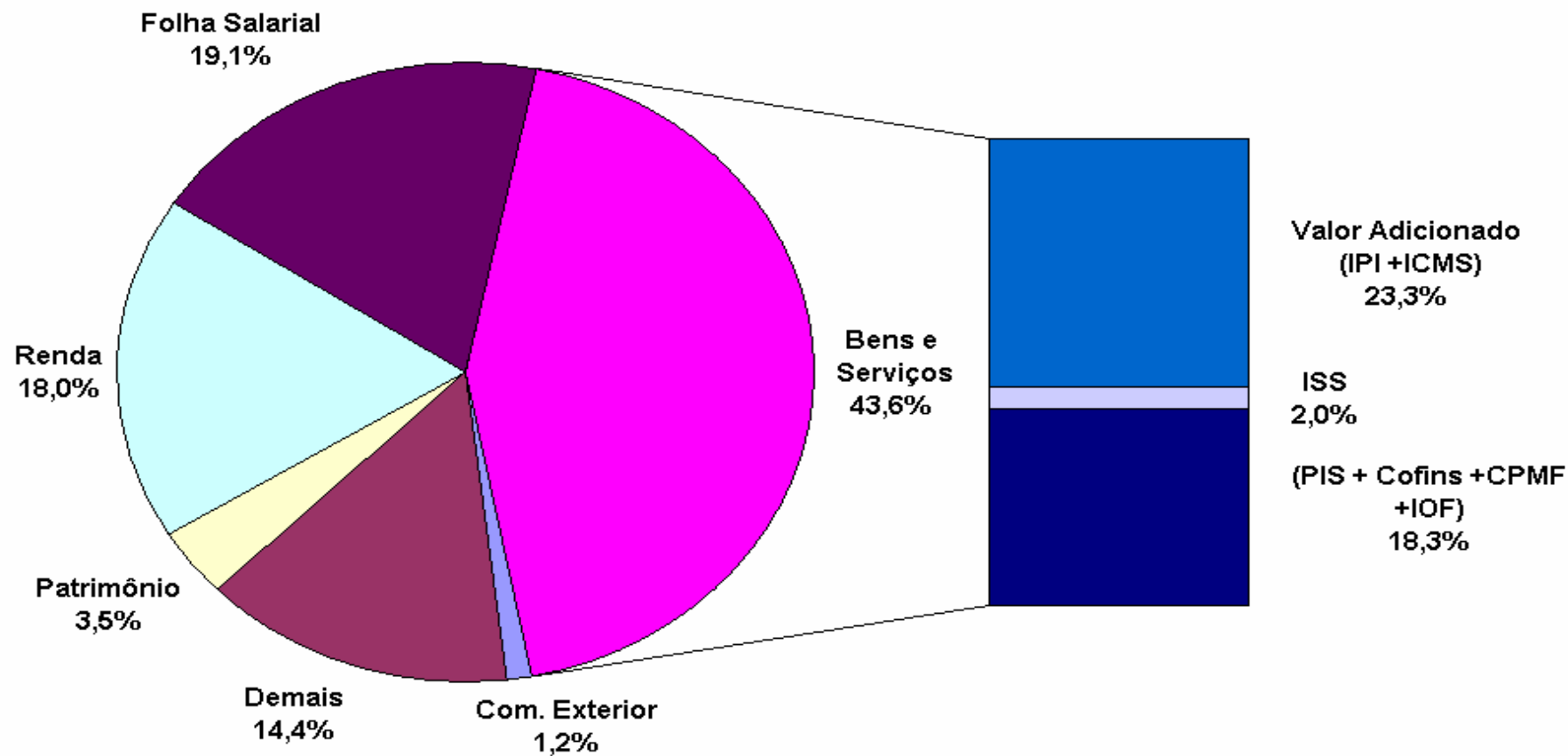
Fonte: Elaboração própria

Avanços importantes no SUS

- Preocupação com a eficiência: condição para termos sistemas sustentáveis;
- Exercício das funções de financiamento e provisão de serviços: aprimoramento das formas de compra de serviços;
- Intensificação do papel regulador;
- Experiência importante na descentralização da gestão.

Brasil: Composição da Carga Tributária 2006

Carga Tributária Total em 2006 = 35,5% do PIB



Sistema Único de Salud

DATOS GENERALES SOBRE ASISTÊNCIA AMBULATORIA EN EL SUS

63.650 Unidades Ambulatorias, que realizan en média 153 millones de consultas/año

- ✓ 1 billón de procedimientos de Atención Básica**
 - ✓ 251 millones de exames de laboratorio**
 - ✓ 8,1 millones de exames de ultra-sonografia**
 - ✓ 132,5 millones de atenciones de alta complejidad**
- 140 millones de dosis de vacunas aplicadas**
- 150 mil personas recibiendo ARV**

Sistema Único de Salud

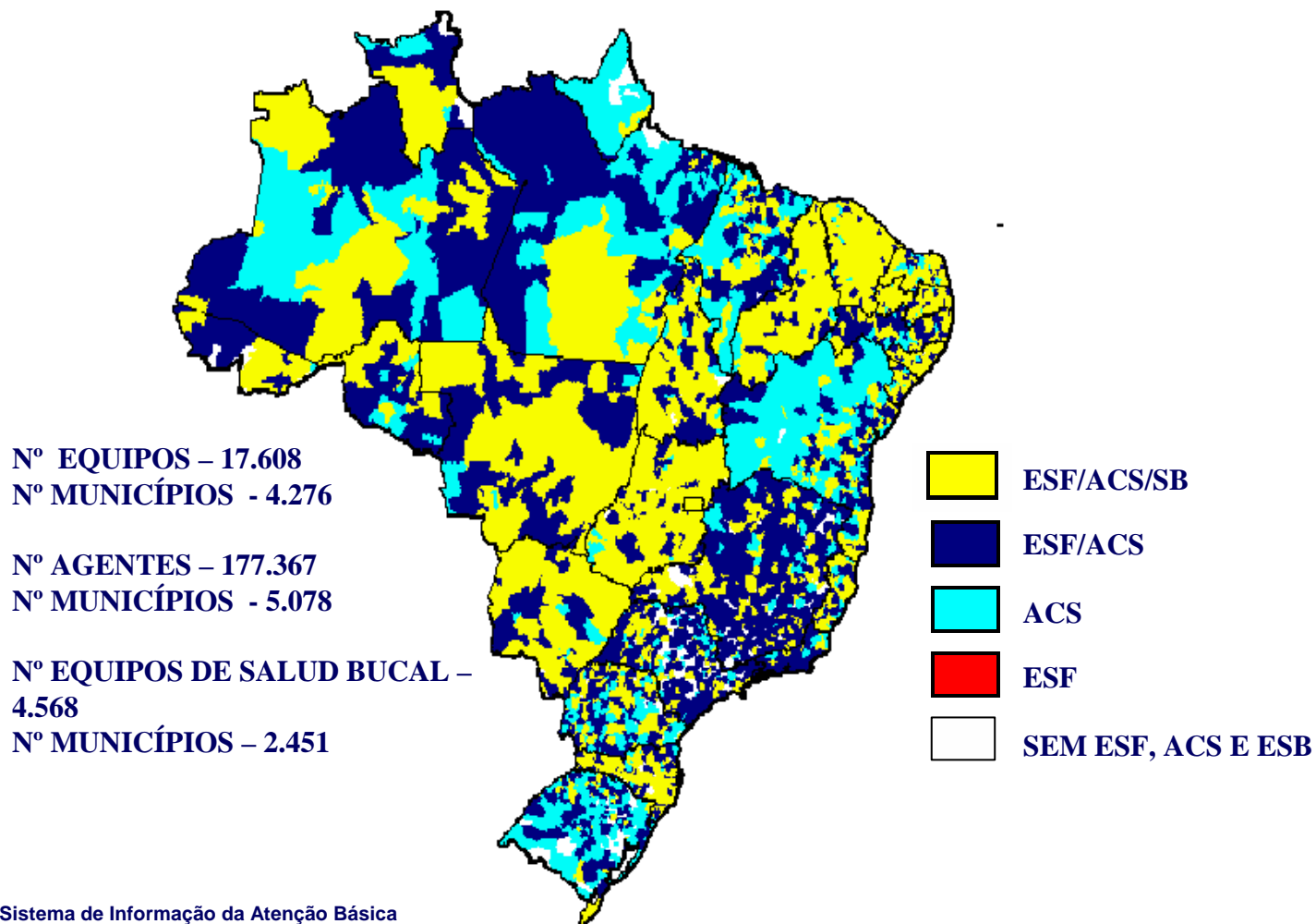
DATOS GENERALES SOBRE ASISTÊNCIA HOSPITALARIA EM EL SUS

5.794 Unidades Hospitalares / 441.045 camas/ 900 mil hospitalizaciones por mes/ 11,7 millones de hospitalizaciones /año

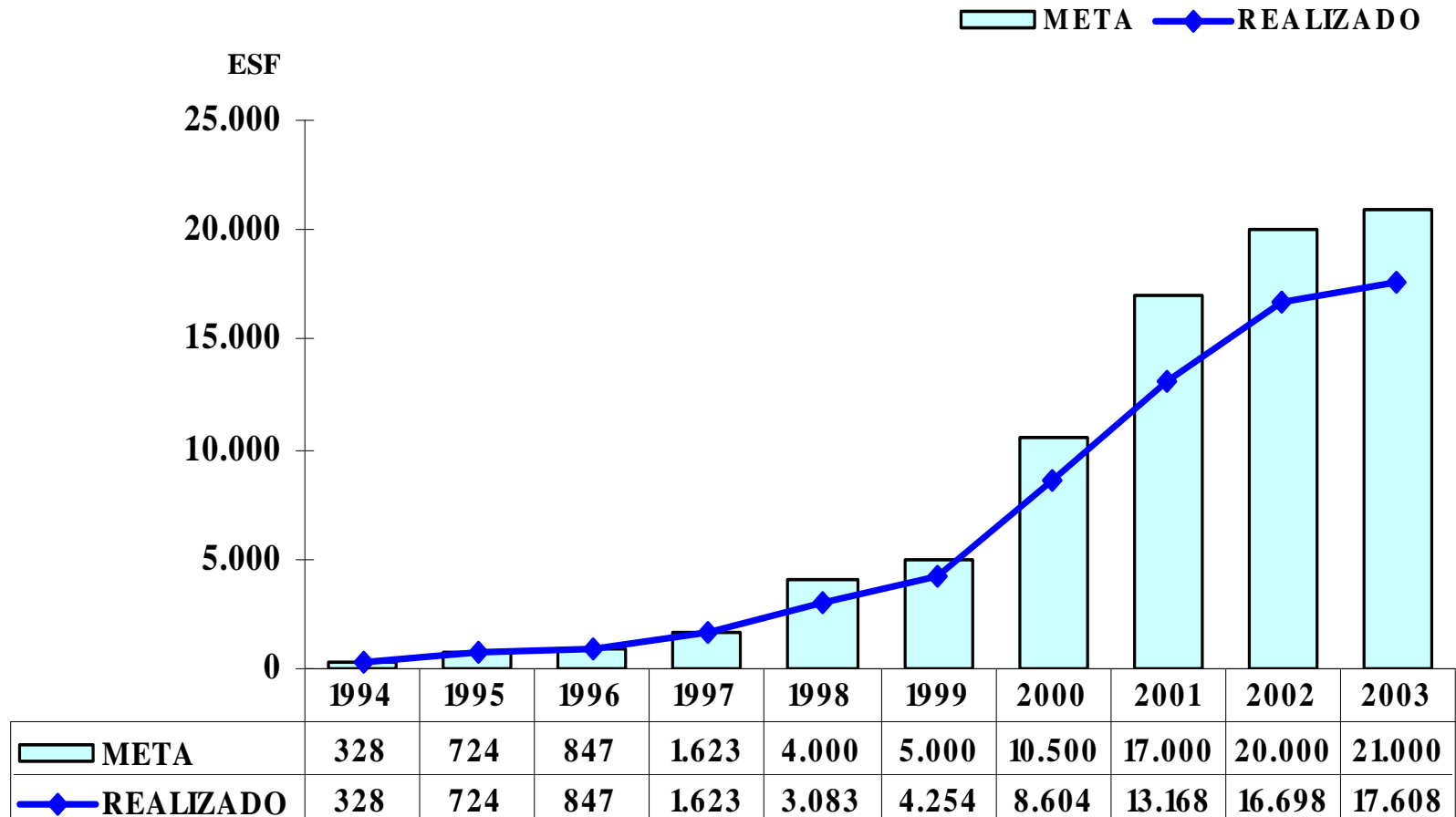
- 2,6 millones de partos**
- 83 mil cirugias cardíacas**
- 60 mil cirugias oncológicas**
- 92,9 mil cirugias de varices**
- 23,4 mil transplantes de órganos**

Situación de Implantación de Equipos de Salud de la Familia, Salud Bucal y Agentes Comunitários de Salud

BRASIL, ABRIL/2003



Evolución de Número de Equipos de Salud de Família Implantados BRASIL - 1994 – ABRIL/2003



Salud de la Familia 2008

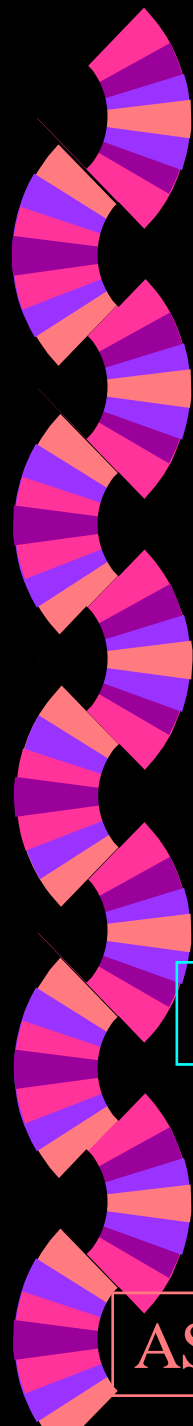
- 30 mil equipos
- 256 mil agentes comunitarios
- 14.5 mil equipos de salud bucal en mas de 5000 municipios
- 100 millones de habitantes vinculados

Politica Nacional de Atencion a las Urgencias

- En marzo 2007:
 - Componente pre-hospitalario movil, iniciado en 2003
 - 113 servicios con centros de regulacion medica de urgencias
 - 1358 ambulancias (360 USA)
 - 92.539.000 habitantes cubiertos
 - 925 municipios atendidos

 - Humanizacion de 120 servicios hospitalarios de urgencias

Flujos de Regulación y Complejo Regulador



Asistencia Farmaceutica

- Lista de medicamentos esenciales de dispensacion gratuita en los servicios
- Farmacia Popular / establecimientos comerciales conveniados

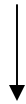
Desafios persistentes para sobrevivir en una hegemonia neoliberal

- Construccion de otra centralidad de agenda politica – ir a la radicalidad de los derechos en salud
- La suficiencia financiera
- La politica de recursos humanos – la dignificacin del trabajo en salud
- La relacion con la seguridad social y economica
- La transectorialidad en la produccion social de la salud
- Un nuevo modo de gestion para un nuevo modo de atencion

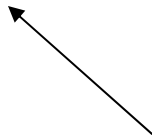
- **POR EL EJERCICIO DEL IMPERATIVO ETICO DE GENERAR RESPUESTAS PARA LAS NECESIDADES SOCIALES EN CALIDAD DE VIDA DECURRENTES DE LOS DERECHOS , HACIA LA PRODUCCION SOCIAL DE LA EQUIDAD**
- **DESARROLLO DE UN NUEVO MODO DE ATENCION PROMOCIONAL ORIENTADO PARA LA RESPUESTA A LAS NECESIDADES SOCIALES EN CALIDAD DE VIDA**
- **DESARROLLO DE UN NUEVO MODO DE GESTION ORIENTADO PARA EL DESARROLLO DE UN NUEVO MODO DE ATENCION PROMOCIONAL PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES SOCIALES EN CALIDAD DE VIDA**

Cambiando el Juego de...

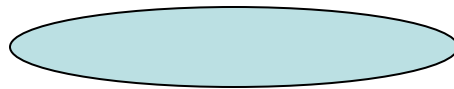
- Modelo de Gestión



- Modelo de Asistencia



- (Demandas) filtradas por la Oferta



- Fragmentos de las Necesidades Sociales

Cambiando el Juego para....

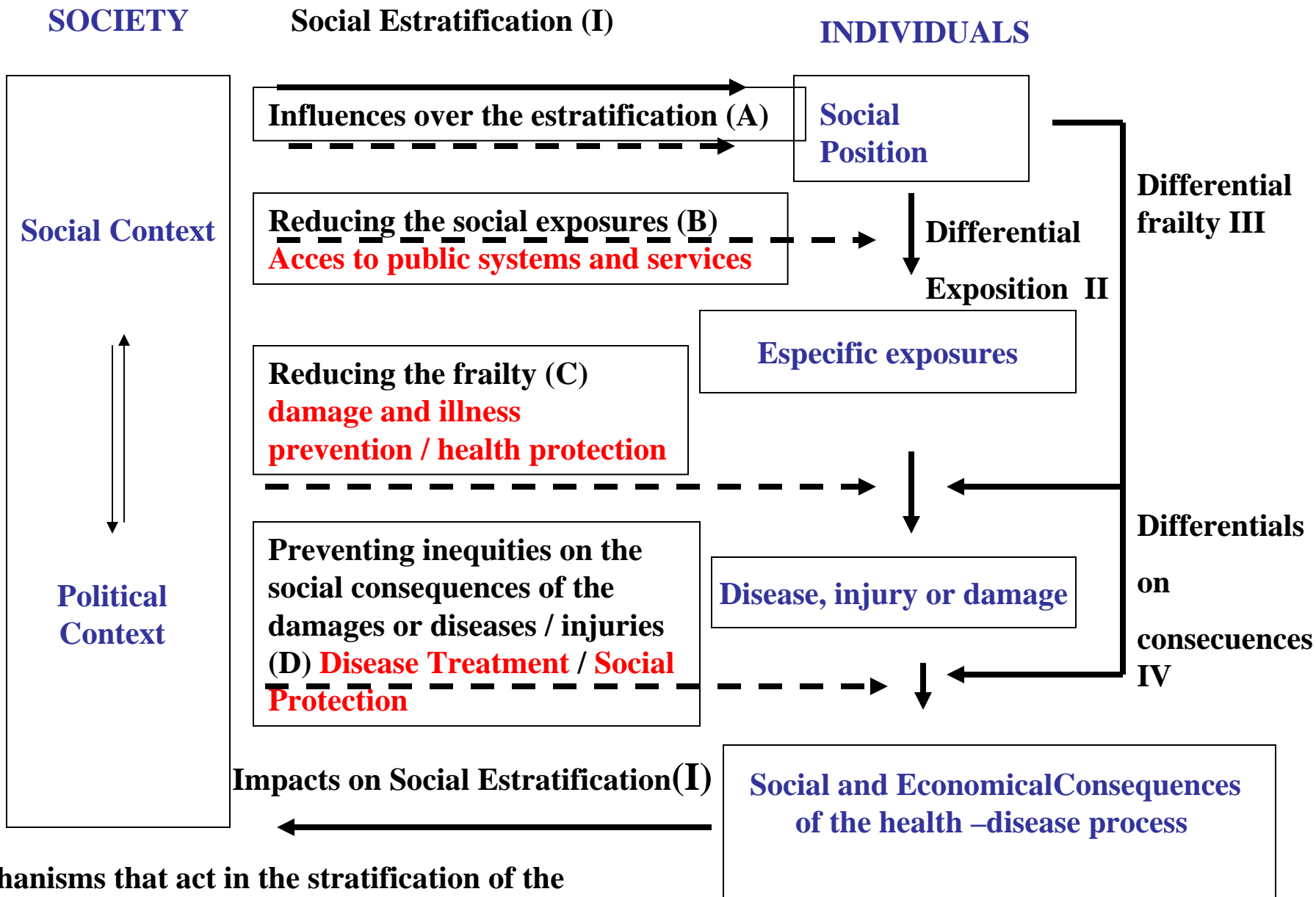
- El Imperativo de Responder a las Necesidades Sociales en Calidad de Vida, derivadas de los derechos humanos y sociales, generando equidad social



- Modo de Atención



- Modo de Gestion



Adapted by Armando De Negri Filho from the original of Diderichsen and Hallqvist - 1998

**INCLUSION SOCIAL EN EL
DESARROLLO HUMANO**

SEGURIDAD ECONOMICA



SEGURIDAD SOCIAL

**POLITICA
SECTORIAL**

Impacto necesario en 5 frentes de la inclusión social:

- -en las políticas sociales universalistas, integrales y equitativas / la protección social frente a las amenazas de inequidad / pérdida de capacidades o de oportunidades
- -en la estructuración tributaria
- -en la transferencia de ingreso y riqueza
- -en el fortalecimiento de la democracia participativa / de la institucionalidad democrática
- -calidad del empleo y protección social / seguridad social

Apropiar la complejidad y los procesos multidimensionales que definen necesidades (radicales) y respuestas integrales (radicales) a las necesidades en territorios sociales definidos

Argumentos éticos, políticos y sociales para la universalización del derecho a la salud o la economía al servicio de los derechos de las personas

- Universalidad, integralidad y equidad como principios del SUS
- Financiamiento de los sistemas universales e integrales en el marco de la seguridad social desde Beveridge
- La gratuidad como elemento fundamental desde universalización integral - factor clave para alcanzar la igualdad – la gratuidad como herramienta de equidad – criterio de inclusión no criterio de exclusión
- No la mejor focalización excluyente sino la mejor capacidad de producir equidad en el marco de la inclusión social en términos de seguridad social y económica – evitar gastos obligados de bolsillo y proteger la economía doméstica
- La integralidad de la universalidad como tema central de una equidad incluyente
- Definición de los elementos estructurales y las estrategias para aféctalos, notadamente vía sus exposiciones sociales a través de los sistemas y servicios públicos de carácter universal.
- La participación social con capacidad de decisión como elemento clave para la democracia republicana – la democracia capaz de producir justicia social
- El SUS es una derrota del neoliberalismo?
- El problema del sesgo ideológico del debate que excluye la universalización con integralidad orientados por la equidad incluyente como alternativa viable en nuestras sociedades – la eficiencia financiera del combate a la pobreza versus la efectividad social del desarrollo humano.

- I- el compromiso político de buscar la universalidad con integralidad – la traducción material de los derechos y su condición sistémica, superar la contribución como clave de acceso al sistema de respuestas. Equidad – eliminación del gasto de bolsillo como gasto obligatorio.
- II-superar la lógica de seguros en aras de un derecho sostenido desde la fiscalidad general del estado, donde la equivalencia de beneficios exprese un ejercicio institucional desde los derechos. Para tanto reestructura la matriz tributaria buscando su progresividad y calificar el gasto social hacia una mayor efectividad, donde la gestión social integral y la transectorialidad orienten una nueva institucionalidad – superar la política cartorial en la gestión pública vía la transparencia social pro resultados sociales en salud y no vía el gerencialismo pro eficiencia financiera del sistema como resultado. Salir de la disyuntiva de o aumentar la contribución o disminuir los beneficios es una ventaja de la mirada desde la universalidad con fiscalidad.

- III- El rol rector del Estado garante de derechos como orientador de su acción en el financiamiento, la regulación y la provisión de bienes públicos y su consecuente extensión al sector privado integrado de una o otra forma al sector público – como prestador público o como actor suplementar en la complejidad de un sector marcado por dinámicas de mercado subsidiadas por el Estado o sea por el recurso público - renuncia fiscal y el financiamiento histórico desde la atención de los trabajadores formales.
- IV- Financiamiento de la acciones incorporando la dinámica de una oferta orientada a las necesidades – per capita calificado para las coberturas en APS, Vigilancia, nutrición y asistencia farmacéutica. Remuneración orientada a la contractualización por presupuestos globales para los servicios especializados y de hospitalizaciones. Urgencias entre ambos caminos.

- V-La persistencia de una escasez que afecta la efectividad del sistema, esta escasez se proyecta en la insuficiencia presupuestaria y en la estructura de la gestión del trabajo en el sector, dos temas productos de las contradicciones en el macroeconomía y el debate político del gasto social. Atención a la relación $2/3$ de usuarios para $1/4$ dos gastos que se presenta ordinariamente en los sistemas no universales e integrales o donde la presunta universalidad segmenta beneficios.
- VI-Participación social como elemento clave para la mayor efectividad del gasto social. Descentralización en aras de democracia social directa.
- Salud como sector económico clave para el desarrollo humano y social sostenible.
- VII-Desarrollar una gestión social territorial capaz de transectorialidad para el desarrollo. Mejora de la eficiencia de la estructura funcional del gasto publico en aras de desarrollo productivo y seguridad social.
- VIII-Ubicar claramente el pago de la deuda social como sentido y horizonte de las políticas de salud y consecuentemente de las opciones para su financiamiento.