

CAPÍTULO 14

REFORMA GERENCIAL EN LA SALUD

En la primera reunión de la Cámara de la Reforma del Estado, en febrero de 1995, cuando se iniciaba el Gobierno de Fernando Henrique, declaré que pretendía, en la reforma de la administración pública, dar prioridad al área social. Argumenté, para justificar mi opción, sobre el hecho de que esto sería consistente con un gobierno social-democrático.¹⁵⁶ Mi principal argumento, entonces, fue que era éste el sector que más necesitaba de una reforma, y en el cual una administración pública moderna podría tener efectos extraordinarios. Mientras que el área económica tenía economistas, y el área de infraestructura ingenieros funcionarios de las empresas estatales, que son buenos administradores y que están relativamente bien pagados, en el área social los buenos administradores constituyen una rareza, y los salarios son muy bajos.

156. El periódico inglés *The Guardian* resumió los principios del nuevo laborismo británico, que en muchos aspectos ha servido de referencia para las reformas emprendidas en el gobierno de Fernando Henrique, en los siguientes términos: política económica prudente y estable; énfasis en las inversiones en educación, entrenamiento profesional e infraestructura y no en política industrial; renovar el *Welfare State*, si no, la derecha acaba con él; *reinventar el gobierno y descentralizar de modo que lo que cuenta en el Estado* (el área social, además de las funciones clásicas de garantía de la propiedad y de los contratos) *funcione*; ser internacionalista, oponiéndose al aislacionismo de la derecha inglesa. (Citado en *Folha de S. Paulo*, 8.2.98; la itálica y la frase entre paréntesis son míos). Vemos, de acuerdo con esta cita, que la reforma gerencial (reinventar el gobierno, descentralizar) para viabilizar la acción social, es capital en los nuevos programas de la centro-izquierda social-demócrata o social-liberal. El gobierno de Blair durante la campaña electoral hizo críticas a la reforma inspirada en los moldes de la "nueva gestión pública", pero en el gobierno la está confirmando, con modificaciones menores.

Por otra parte, los ahorros y las ganancias de productividad que se pueden obtener con una buena gestión de la política social son inmensos. Para esto, sin embargo, es necesario valorar los aspectos gerenciales del problema. Kliksberg (1997:119) señala con mucha propiedad uno de los mitos existentes entre los responsables de las políticas sociales. Se trata del “mito de la dicotomía formulación-gestión”, según el cual “el problema central se circunscribe al campo de la planificación y de la formulación de estrategias. Superado este problema, mediante una concepción adecuada de las políticas públicas, se emprendería la etapa administrativa de ‘pura implementación’, durante la cual las dificultades, aunque posibles, serían secundarias”. Ahora bien, esto es un equívoco. La política puede ser correctísima, pero de no ser bien administrada puede tornarse muy ineficiente (muy cara en relación al servicio prestado), sea porque gran parte de los recursos asignados para esa política son gastos dedicados a la propia burocracia y a sus controles, sea porque a pesar de los controles, la corrupción, o más en general la captura del patrimonio público por intereses privados, no puede ser superada. Y además de ineficiente, se torna ineficaz porque, como los recursos son limitados, el número de ciudadanos atendidos con calidad termina siendo mucho menor que el que podría serlo si estuviese siendo aplicada una administración gerencial competente.

Un ejemplo dramático de los ahorros que pueden realizarse en el área de las políticas sociales con la adopción de una estrategia de administración gerencial, es el que nos da el National Health Service –NHS–, en Gran Bretaña, sistema que desde fines de 1996 comenzó a ser introducido en el Brasil. La reforma gerencial del SUS, consustanciada en la NOB-96,¹⁵⁷ se basa en el modelo inglés de administración en el National Health Service, que en los últimos años viene siendo adoptado por un número creciente de países. A este respecto, las ideas básicas son cuatro: descentralizar la administración y el control de los gastos de salud, que serán distribuidos a los municipios de acuerdo con la población existente y no con el número de camas; crear un cuasi-mercado entre los hospitales y ambulatorios especializados, que pasen a competir por los recursos administrados localmente; transformar los hospitales en una forma especial de organizaciones públicas no estatales, las organizaciones sociales; y crear un sistema de entrada y selección constituido por médicos clínicos o médicos de familia, que pueden ser funcionarios del Estado o pueden ser contratados por el Estado y pagados de acuerdo con el número de pacientes que libremente se inscriben en sus clínicas (como es el caso de los *general practitioners* en Gran Bretaña). Para tener una medida de los ahorros que un modelo gerencial de este tipo trae, citaré aquí una publicación

157. NOB-96 –Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud-1996–. Brasilia: Ministerio de Salud, Oficio del Ministro de Salud, publicado en el *Diário Oficial da União*. 6.11.1996.

especial de *The Economist* (1997) sobre el NHS. En esta materia, la revista, destacada por su competencia y por el liberalismo de sus posiciones, afirma sorprendentemente que el NHS, porque no cuenta con recursos presupuestarios suficientes, está "amenazado de privatización" (sic). Privatización, explica, es el control del sistema de salud por empresas aseguradoras y por convenios, y "sabemos cómo este sistema es ineficiente, basta ver lo que ocurre en los Estados Unidos", en tanto que el sistema británico "es muy eficiente". Para demostrar este hecho, compara el sistema estadounidense (privado, basado en empresas de seguros), el francés (básicamente estatal), y el británico (financiado por el Estado, pero promovido por organizaciones públicas no estatales competitivas): el costo del sistema británico (1996) fue de US\$ 1.300 por habitante y por año, contra el doble (US\$ 2.600) para el sistema de salud estatal francés, y casi el triple (US\$ 3.800) para el sistema privado estadounidense. En términos de gastos en relación con el PBI, los Estados Unidos gastan 14,5 de su producto interno en salud, contra el 6,8 por ciento en Gran Bretaña. Los números *per capita* y en relación con el PBI no son perfectamente coherentes, pero sin duda revelan una diferencia dramática. Para una calidad de salud que yo creo que es superior en Gran Bretaña, ya que ésta dispone de un sistema universal de salud en tanto que en los Estados Unidos el 20% de la población no tiene cobertura médico-hospitalaria, los británicos economizan más de 7 puntos porcentuales del PBI. Sin duda, como afirma el propio *The Economist*, deberían gastar un poco más, ya que el hecho de que el NHS esté subfinanciado viene perjudicando la calidad de sus servicios, y "amenazándolo de privatización", con el aumento del número de familias que recurre a seguros privados.¹⁵⁸

Una economía de esta magnitud, derivada de un sistema gerencial competente, tiene consecuencias importantes: con la misma cantidad de recursos, un número mayor de ciudadanos puede ser atendido con calidad, al tiempo que los recursos presupuestarios para el área social pueden legitimarse ante la sociedad. Una de las resistencias de la sociedad para pagar impuestos, además del individualismo natural, es la convicción de que el dinero recibido por el Estado es malgastado. Cuando se verifica lo contrario, la suposición neoliberal de la ineficiencia intrínseca del Estado se ve refutada y se abre un espacio para una acción social efectiva del Estado.

En este capítulo, después de presentar un diagnóstico sumario de la situación de la salud en el Brasil, describiré la reforma que está en curso desde 1995, cuando se inició el debate sobre un nuevo modelo gerencial para el SUS.

158. La literatura sobre el NHS es inmensa. Ver, entre otros, la perspectiva crítica de Klein (1995) y la visión favorable de Warner (1995).

DIAGNÓSTICO SUMARIO

En el área social, el ministerio más difícil es el de Salud. Es directamente responsable por el mantenimiento de un sistema de atención médico y hospitalario, que la Constitución determina que debe ser universal y gratuito –el Sistema Único de Salud– pero no dispone, para esto, ni de recursos presupuestarios suficientes, ni de personal administrativo competente, ni de un modelo de administración del SUS adecuado para ejecutar la tarea, que puedan garantizar un mínimo de eficiencia y de efectividad del sistema. Además de esto, como se trata de un derecho humano fundamental, y con grandes sumas de recursos, es un ministerio altamente politizado e ideologizado, lo que dificulta en mucho su administración. Finalmente, la responsabilidad directa del ministerio por la atención de la salud, en una federación con casi seis mil municipios, representa una dificultad más para el establecimiento de un sistema de salud efectivamente universal y de buena calidad. La consecuencia es que el ministerio está constantemente en los periódicos, en la medida en que se descubren y se denuncian por la prensa fallas muchas veces dramáticas del sistema de salud.

La creación del SUS fue la política social más importante e innovadora adoptada por el Estado brasileño desde la transición democrática ocurrida en 1985. Por su parte, la implementación del programa se realizó en forma parcial. Tanto fue así, que en 1993 el Ministerio de Salud publicó un informe con el significativo título: “Descentralización de los servicios de salud: la osadía de cumplir y hacer cumplir la ley”. Este documento estableció las bases para la Norma Operacional Básica 93, que llevó a un programa de descentralización de los servicios de salud, definiendo tres situaciones transicionales de descentralización para los municipios: “transicional incipiente, transicional parcial, y transicional semiplena”.

Por su parte, el programa de descentralización venía marchando lentamente, al tiempo que la escasez de recursos y la ineficiencia del sistema administrativo del SUS resultaban en una baja calidad del sistema, principalmente en la atención ambulatoria y hospitalaria de la población, a pesar del hecho de que más del 80% del presupuesto del SUS está dedicado a ella. En el plano de las acciones de salud preventiva la situación es mejor. Los avances realizados desde principios del siglo han sido significativos, principalmente en el plano de la vacunación de toda la población. Pero aun este sector fue alcanzado por la crisis del sistema de financiamiento del SUS, ocurrida en los últimos años, como puede observarse en el resurgimiento de endemias y el aumento de la mortalidad infantil en el Nordeste (Medici, 1995: 133).

En toda acción de gobierno están involucrados tres aspectos: la definición de la política, su financiamiento y su administración. En este capítulo me limitaré a

examinar el problema administrativo de la medicina ambulatoria y hospitalaria. Entiendo que la política del Estado brasileño en relación con la salud está bien definida, en sus líneas generales, a través de la creación del SUS en la Constitución de 1988. Ya el financiamiento es un problema sin solución fácil. La alternativa de crear impuestos vinculados a la salud es tentadora, pero en rigor no resuelve un problema que, por una parte, refleja la escasez de recursos en un país en desarrollo, y por otro, la falta de disposición de la clase media y de la clase rica de financiarlo con el pago de impuestos, ya que ellas no utilizan el SUS. La propuesta de reforma en curso reconoce el carácter prioritario de la medicina preventiva y de la vigilancia sanitaria, pero sólo se refiere a ellas en términos residuales, en la medida en que propone que todos los recursos que pudieran ahorrar los municipios en la medicina hospitalaria y ambulatoria, que les han sido distribuidos según su población, deberían ser recibidos por los mismos y destinados a acciones preventivas, de carácter eminentemente sanitario.

El problema fundamental enfrentado por la medicina ambulatoria y hospitalaria es el de la baja calidad de los servicios. Éstos no están disponibles para la población ni en la cantidad ni en la calidad mínimamente deseables. El ciudadano se ve obligado a hacer inmensas colas y su atención es siempre precaria. No es otra la razón por la que florecen los sistemas privados de medicina en grupo –convenios– y los seguros de salud, financiados no sólo individualmente, sino y principalmente por las empresas. La gran masa de la población brasileña, mientras tanto, sigue dependiendo del SUS que, carente de recursos, y con un sistema administrativo centralizado e ineficiente, sujeto al fraude y a la corrupción, no cumple con los objetivos para los cuales fue propuesto. En la práctica no es universal, ni garantiza la equidad, y no logró eliminar completamente las competencias concurrentes de la Unión, de los estados y de los municipios. Aparte de esto, favorece innecesariamente las internaciones hospitalarias, en detrimento del tratamiento ambulatorio, que es más barato y eficiente.

Son innumerables las razones que dan origen a esta situación. La principal de ellas es, naturalmente, financiera. Las políticas de reducción del gasto público adoptadas como respuesta a las diversas crisis económicas por las que atravesó el país, han afectado en forma general los programas sociales, y en particular los del área de la salud, trayendo consigo una disminución drástica y persistente del aporte real de recursos financieros al sector. Por otra parte, la gran elevación de costos suscitada por el aumento de la complejidad y la sofisticación tecnológica de los tratamientos médicos y hospitalarios, ha jugado un papel destacado en la crisis financiera del sistema. En consecuencia, conforme señala el informe del Banco Mundial (1994), la erosión del valor de los reembolsos ante la alta inflación, y el hecho de que el valor de los reembolsos no tome en consideración el costo de las nuevas tecnologías, de los nuevos procedimientos médicos y de los nuevos

medicamentos, llevó a un déficit serio en las finanzas de los hospitales y a la reducción de los honorarios médicos. La respuesta de los hospitales privados y filantrópicos, que dan cuenta del 80% de la oferta de servicios hospitalarios, fue el aumento de los fraudes y la baja calidad de los servicios.

Por su parte, las causas de carácter administrativo de la crisis de la atención hospitalaria son también fundamentales. Entre ellas es posible destacar dos: el hecho de que el sistema sigue centralizado en el Gobierno Federal, y que no hay una clara distinción, en el seno del gobierno, entre la *demanda* de los servicios realizada por una autoridad de salud que paga por los servicios en nombre de la población, y la *oferta* de servicios hospitalarios, de responsabilidad de entidades hospitalarias estatales, públicas, no estatales (comunitarias y filantrópicas) y privadas.

En términos de la NOB 93, la municipalización del sistema estaba siendo implementada, a través de la descentralización de las condiciones de gestión: "incipiente, parcial y semiplena". Pero el proceso es lento, por dos razones: porque se exigen precondiciones de competencia muy elevadas para los municipios, de lo que resulta un gradualismo sin fin; y porque se pretende englobar en el proceso de descentralización todos los aspectos de la salud, en lugar de separar los problemas y atacarlos individualmente. En el informe de 1993 del Ministerio de Salud, la descentralización es finalmente encarada como una concesión de la Unión a los municipios, desde el momento en que ellos llenen determinados requisitos, relegando a un segundo plano la idea de que sea un objetivo fundamental de la propia Unión, que así podría cortar definitivamente su vínculo directo con los hospitales.

La idea de la separación entre demanda y oferta sólo comenzó a ser discutida a partir de 1995. Se trata de una propuesta que viabiliza la implementación del SUS, al tornar mucho más rápida y efectiva la descentralización, en la medida en que concentra la atención sobre la demanda o compra de servicios de salud hospitalarios por parte del Estado, en nombre de la población. La oferta de servicios hospitalarios es estimulada y parcialmente controlada a través de la demanda. Asimismo, se torna posible la promoción de una forma de competencia administrada entre los hospitales, que facilitará su control por las autoridades de salud del SUS.

La centralización, aún predominante, y la falta de distinción entre la oferta y la demanda de servicios hospitalarios, determinan una dificultad esencial para controlar o auditoriar los hospitales, facilitando la corrupción (que es estimulada por los precios irrealmente bajos pagados por el gobierno por los distintos tipos de acción médico-hospitalaria) y la baja calidad de los servicios prestados.

REFORMA

Durante el gobierno de Fernando Henrique, aún cuando el problema no haya sido resuelto –es imposible resolverlo en cuatro años– una reforma gerencial, consustanciada en la Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud 1996 (NOB-96) abrió una perspectiva concreta para implantar en el país un sistema administrativo basado en la descentralización hacia los municipios y en la competencia administrada, en los moldes que distintos países desarrollados han adoptado en forma exitosa, a partir de la experiencia británica.

Este libro no pretende narrar la historia de mi gestión al frente del Ministerio de la Administración Federal y de la Reforma del Estado, sino presentar las bases históricas y teóricas de la Reforma Gerencial en curso en el país, describir las principales instituciones que fueron creadas, y dar una información sobre el inicio de su implantación. Considero, sin embargo, que el hecho de haber logrado convencer a los médicos sanitaristas que dirigen el Ministerio de Salud de la superioridad del modelo propuesto, ha sido una de las mayores victorias de mi ministerio.

El SUS, cuando se inició el gobierno de Fernando Henrique, era administrado según la NOB-93,¹⁵⁹ que preveía la municipalización “semiplena” de la salud. A través de este sistema, que venía siendo implantado lentamente habiendo alcanzado a poco más de cien municipios, éstos, al ser ubicados en esta condición, comenzaban a recibir un aumento proporcional al número de camas hospitalarias, y eran autorizados a gastar los recursos de una manera más autónoma. El sistema semipleno era ya un avance, pero existía una inmensa dificultad para generalizarlo. En la práctica, el sistema seguía estando centralizado en Brasilia, y aun cuando aparentemente era descentralizado, no se establecía la responsabilidad de la administración municipal por parte de los ciudadanos residentes en el municipio. La responsabilidad seguía a cargo de un superhombre encargado de una misión imposible: el Ministro de Salud.

En mi viaje a Inglaterra, en abril de 1995, conocí el sistema gerencial implantado por el gobierno británico para administrar el National Health Service, basado en la descentralización, en el control por el lado de la demanda en lugar del control por el lado de la oferta, y en un sistema de competencia administrada entre los hospitales, responsables de la oferta de servicios, transformados en organizaciones públicas no estatales. Me convencí de inmediato de la extraordinaria superioridad administrativa y democrática del sistema británico sobre el sistema estatal y

159. NOB-93 –Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud-1993-. Brasilia: Ministerio de Salud, Oficio del Ministro de Salud, publicado en el *Diário Oficial da União*. 24.5.1993.

centralizado existente en el Brasil, que estaba basado en la creencia de que sería posible, a partir de Brasilia, planificar e implantar un "sistema jerarquizado y regionalizado" de oferta de servicios de salud para todos los brasileños. Y pasé a realizar una tarea de persuasión ante el Ministro Adib Jatene, de su Secretario Ejecutivo, José Carlos Seixas, y del Secretario directamente responsable del SUS, Eduardo Leukowitz. Con tal propósito, pronuncié dos conferencias dirigidas al personal de salud, escribí un *paper*,¹⁶⁰ conversé varias veces con el Ministro Adib Jatene, y mantuve dos largas conversaciones con José Carlos Seixas. A partir de éstas, y establecido un acuerdo entre nosotros de que no usaríamos las palabras "oferta" y "demanda" en el documento, comenzamos a escribir juntos, todavía en 1995, la minuta de la NOB-96. Después que Eduardo Leukowitz se convenció del sistema, asumió su trabajo al lado de Seixas. El proyecto pasó, entonces, por un año de discusiones en el Consejo Nacional de Salud y en las comisiones bipartitas y tripartitas, siempre con el apoyo de Jatene y del Presidente de la República. Finalmente, se constituyó un gran consenso en torno a la propuesta, que permitió a Jatene firmar la NOB-96 en diciembre de 1996. Tras la salida de Jatene, el nuevo ministro, Carlos César Albuquerque, experimentado administrador del área de la salud, adoptó el proyecto y logró, en 1997, implantar su primera fase, el PAB –Piso Asistencial Básico– financiando con R\$10 por habitante la instalación de los sistemas municipales de entrada y selección, condición preliminar para la plena implantación del sistema, que habría de ocurrir cuando también los recursos destinados a la atención hospitalaria comenzaran a ser distribuidos a los municipios, de acuerdo con su población.¹⁶¹ Al asumir el ministerio, en abril de 1998, el senador José Serra, reconocido por su competencia económica y administrativa, decidió continuar y profundizar la reforma.

La Reforma Gerencial del SUS, contenida en la NOB-96, lleva a la efectiva municipalización de la salud pública, a través del fortalecimiento del sistema de atención básica municipal, que será la puerta de entrada obligatoria a la red hospitalaria, y de la transferencia a los municipios de la acreditación, control y pago de los servicios prestados por los hospitales y ambulatorios especializados a los

160. Ver Bresser Pereira (1995b). Para desarrollar este trabajo, conté también con la colaboración de Luiz Arnaldo Pereira da Cunha y de Ana Teresa da Silva Pereira.

161. Según el Mensaje al Congreso Nacional de 1998, del presidente Fernando Henrique Cardoso (1998:61), la Norma Operacional Básica –NOB-96–, permitirá fortalecer la gestión municipal y estimular la participación de la comunidad en la definición y en el seguimiento de la implantación de las políticas en el sector. En 1998, 3.300 municipios ya estarán enmarcados en el PAB. La distribución de los recursos para financiar las internaciones en hospitales y ambulatorios especializados, de acuerdo con la población de cada municipio, deberá ser implementada a partir de 1999.

ciudadanos del municipio. Para esto, la estrategia consiste en distribuir a los municipios los recursos de la Unión disponibles para la salud en proporción a su número de habitantes, en lugar de distribuirlos en proporción de las camas hospitalarias existentes en el municipio, como ocurre actualmente. De esta forma, será posible que las autoridades de salud locales y sus respectivos consejos municipales de salud, asuman la responsabilidad por la salud de sus ciudadanos. El control se realizaría a partir de la demanda, representada por las autoridades municipales, y no por la oferta constituida por los hospitales. Así, desde el punto de vista político, el nuevo sistema de control municipal del SUS, al permitir la efectiva responsabilización de cada prefecto y de cada consejo municipal de salud, permitirá una asociación más estrecha ente el Gobierno Federal y los gobiernos municipales en el financiamiento de la salud. Los gobiernos estatales también deberán participar del sistema, aunque deban ver reducida su función, ya que no hay razón para la intermediación estatal en la distribución de los recursos presupuestarios *per capita*. El Estado podrá, por su parte, recibir una porción de los recursos federales para atender eventualidades o casos de emergencia.

Las premisas de esta reforma son dos. La primera, que la oferta de camas hospitalarias es hoy mucho mayor que la demanda. Existen actualmente en el país cerca de 25 mil camas hospitalarias, pero las internaciones están aproximadamente en 13 mil. Segunda, que el control descentralizado, municipal, de estos proveedores de servicios de salud, es mucho más efectivo que el control federal. La vieja estrategia de montar centralmente un sistema de oferta jamás funcionó. En el fondo, representa una idea de planificación central hoy superada. La nueva idea es centrar los esfuerzos del gobierno en el financiamiento y en el control de los servicios prestados por esos proveedores descentralizados, en lugar de ser ofrecidos directamente por el Estado. La organización de la oferta con apoyo del Estado continuará existiendo en los hospitales universitarios y en los de mayor complejidad. Tendrá lugar, también, en forma subsidiaria, en aquellos locales donde existen deficiencias de equipamientos hospitalarios y ambulatorios, a través de consorcios municipales. Los hospitales y ambulatorios deberán ser, en principio, organizaciones sociales que compitan entre sí en el suministro de sus servicios al SUS; aunque también pueden continuar siendo organizaciones estatales, filantrópicas y privadas. Lo importante es que compitan entre sí, no existiendo un monopolio para ninguna de ellas, ni siquiera para los hospitales y ambulatorios pertenecientes al municipio o al estado. El objetivo es siempre el de montar un sistema jerarquizado y regionalizado, pero a partir de la demanda de los servicios, controlada por el Estado a través de los municipios. Por lo tanto, las acciones, del lado de la oferta, serán puntuales y complementarias.

Las ideas-fuerza del nuevo sistema son: (a) techos físicos y financieros de gastos en salud (Autorizaciones de Internación Hospitalaria –AIHs–) distribuidos a los

municipios a través de los estados, de acuerdo con la población residente; (b) responsabilización compartida de la Unión, de los estados y de los municipios en salud; (c) municipalización del control de los hospitales, desde su acreditación hasta la aprobación de sus cuentas; (d) prioridad en la capacitación de las prefecturas para desarrollar sus sistemas de atención básica, que serán la puerta de entrada a los hospitales y ambulatorios especializados; (e) entrega de la Tarjeta Municipal de Salud para cada ciudadano; (f) transformación de los hospitales estatales en organizaciones públicas no estatales, competitivas, con las entidades filantrópicas y privadas; (g) reafirmación de la prioridad de las áreas sanitaria y preventiva.

En el sistema que se está terminando, los hospitales recibían directamente del Ministerio de Salud las cuotas de AIHs. Era la zorra cuidando el gallinero. Sólo en los pocos municipios en los que ya se había instalado la "administración semiplena" esto no sucedía, pero aun en estos casos, los municipios recibían y transferían a los hospitales recursos federales de acuerdo con las camas en ellos existentes, no según los servicios prestados a la población. Ahora, cada municipio pagará a los hospitales que presten sus servicios a la población, estén ellos en el propio municipio o en los municipios vecinos, desde que los pacientes hayan sido referidos por ellos. Los hospitales sólo podrán atender directamente los casos de emergencia.

La reforma del SUS, definida por la Norma Operacional 1996 del Ministerio de Salud, nada tiene que ver con el PAS –Plan de Atención de Salud–, implantado en el municipio de São Paulo en 1996. En este sistema no existe la separación entre oferta y demanda. La atención básica de salud y los servicios hospitalarios menos complejos son privatizados, a través de la formación de cooperativas de médicos. Como las cooperativas reciben recursos del municipio por ciudadano residente en su área y no por servicios prestados, cada una de ellas sería, en principio, un sistema de seguro subsidiario del SUS. En realidad, no es esto lo que acontece, ya que la cooperativa no está obligada ni tiene condiciones para ofrecer una atención integral. En tanto cooperativas, que son instituciones privadas y que distribuyen su excedente entre los cooperativistas, el estímulo implícito es el de atender el mínimo, transfiriendo hacia afuera del PAS, hacia los hospitales del Estado o de la Unión, la atención más compleja. Tenemos así un sistema caro y perverso, que no garantiza el uso óptimo de los recursos escasos existentes, y permite ganancias incontroladas a los miembros de las cooperativas.

Los opositores de la Reforma Gerencial del SUS son aquellos hospitales particulares o pretendidamente filantrópicos, que estafan al SUS con la disculpa de que los precios pagados por la Unión son irrisorios.¹⁶² De hecho lo son. Pero si los recursos

162. Una experiencia personal que tuve en este sentido fue la audiencia que concedí, en 1996, al Sr. Mansur José Mansur, presidente de la Asociación de Hospitales del estado de Rio de Janeiro, quien acudió a mi despacho para manifestar su oposición al control municipal que el

fuesen complementados por los estados y municipios, como lo propicia la reforma en vías de ser implantada, y si fuesen mejor controlados a través de un sistema municipal como el descrito, se rompería el círculo vicioso en que nos encontramos, pudiéndose así garantizar una atención infinitamente mejor para la gran mayoría de la población brasileña, que no tiene acceso a seguros de salud privados.

Los presupuestos de la reforma son cinco. Primero, se supone que la descentralización permite un control mucho mejor de la calidad y de los costos de los servicios prestados localmente. Segundo, que la descentralización acompañada del control social por parte de la comunidad atendida por el servicio, se torna doblemente efectiva. Tercero, que la separación clara entre la *demanda* y la *oferta* de servicios, hace posible el surgimiento de un mecanismo de competencia administrada altamente saludable entre los proveedores de los servicios médico-hospitalarios. Cuarto, que el sistema de referencia vía puestos de salud y clínicas generales evitará una gran cantidad de internaciones hospitalarias inútiles. Quinto, que a partir de la efectiva responsabilización de los prefectos y de los Consejos Municipales de Salud, la auditoría realizada por el Ministerio de Salud en los hospitales pasará a tener carácter complementario a la auditoría permanente realizada a nivel municipal, donde por otra parte, hay mucha más fiscalización y participación comunitaria.

Lo que se está procurando, por intermedio de esta reforma, no es abarcar todo el SUS, sino una parte fundamental del mismo –y ciertamente la más cara– la asistencia hospitalaria. La metodología de gestión operacional y administrativa propuesta tiene las siguientes características básicas:

- (a) una clara separación entre *demanda* de servicios de salud, constituida por un Sistema Nacional de Demanda de Servicios de Salud, que abarca las esferas federal, estatal y municipal, y *oferta* de servicios de salud, constituida por los hospitales públicos estatales (de carácter federal, estatal o municipal), los hospitales públicos no estatales (hospitales públicos filantrópicos, como las Santas Casas y las Beneficencias), y hospitales privados;
- (b) profundización de la actual política del Ministerio de Salud, de descentralización y municipalización, de modo que la responsabilidad directa por la salud de los residentes en cada municipio sea del Consejo Municipal de Salud y del Prefecto;

Ministerio de Salud estaba planeando. Esgrimió como argumento que el sistema, para ser racional, "debía ser jerarquizado y regionalizado a partir de Brasilia..." Ante mi discrepancia radical, este señor, que más tarde se convertiría en el propietario del Asilo Santa Genoveva, donde ocurrió el escándalo de la muerte de un gran número de ancianos por malos tratos, se retiró manifestándoles a mis asesores su decepción por la falta de apoyo del ministro a tan nobles ideas...

(c)aprovechamiento de todos los ahorros realizados por los municipios en la asistencia médica para su utilización adicional en acciones de medicina sanitaria.

Para viabilizar la reforma, serán esenciales la utilización del stock de informaciones gerenciales disponibles en el DATASUS y el aprovechamiento de las enormes facilidades de control y comunicación de datos que fueran proporcionados por los recientes desarrollos de la informática, en particular en términos del abaratamiento de los equipos y la simplificación de las operaciones.

El Sistema de Demanda del SUS, en el nivel federal, contará con un presupuesto que será una parte del presupuesto de la Unión para el SUS. El presupuesto del SUS es más amplio, incluyendo la vigilancia sanitaria y la investigación. En el nivel estatal y municipal, la Reforma Gerencial del SUS contará con un suplemento presupuestario, correspondiente a las disponibilidades y prioridades atribuidas al programa por las respectivas asambleas legislativas y cámaras municipales.

En los municipios, donde se realizarán las acciones de salud, también formarán parte del Sistema de Demanda, y por lo tanto de las demandas de servicios de salud, los puestos de salud y/o los ambulatorios públicos y los médicos clínicos vinculados a los puestos, que serán la única forma regular de admisión en los hospitales y ambulatorios (cuando el puesto de salud no fuera él mismo un ambulatorio), que ya hayan comenzado a ser tratados en términos de la Reforma Gerencial con la creación del PAB –Piso Asistencial Básico– que distribuye recursos básicos para los municipios, a efectos de que ellos monten su sistema de entrada y selección en el sistema, y realicen acciones preventivas con base en el criterio *per capita*.

Los hospitales, cuando se haya implantado el sistema completo previsto en la NOB-96, no recibirán Autorizaciones de Internación Hospitalaria (AIHs). Las AIHs que no son otra cosa que la dotación presupuestaria para costear la internación y las cirugías, serán distribuidas mensualmente a las prefecturas, de acuerdo con el número de residentes en el municipio y el perfil epidemiológico. No habrá, así, razón para que un municipio reciba AIHs en proporción mayor que otro porque tiene un hospital y el otro no lo tiene. El municipio recibirá AIHs básicamente proporcionales a su población, y referirá los pacientes a los hospitales que juzgue conveniente.

Se mantendrá una reserva de AIHs para los estados (para atención de emergencia a las prefecturas) y otra para el Ministerio de Salud (para atención de emergencia a los estados).

Corresponderá a los puestos de salud o a las clínicas generales que forman parte del Sistema de Demanda referir a los pacientes, con la respectiva AIH, a los hospitales acreditados de la región. Éstos no formarán parte del Sistema de Demanda, vale decir, no estarán subordinados al mismo, ya que estarán situados del

lado de la oferta, compitiendo ente sí para ofrecer los mejores servicios. Los hospitales estatales existentes en cada esfera también estarán del lado de la oferta, compitiendo con los hospitales privados y filantrópicos.

Corresponderá a la autoridad municipal del Sistema de Demanda acreditar a los hospitales, negociar con ellos las condiciones de servicios y eventuales pagos suplementarios con recursos del propio municipio, referir los pacientes a los hospitales acreditados, aprobar las cuentas correspondientes a las OIHs enviadas, debitarlas mensualmente, y referirlas por vía electrónica a la Secretaría Central del Sistema de Demanda en Brasilia que, a través del Banco del Brasil, autorizará de inmediato el pago al hospital, respetando los límites de dotación mensual del municipio. En caso de que el límite haya sido sobrepasado, le corresponderá a la autoridad municipal del Sistema de Demanda solicitar a la autoridad estatal un suplemento de emergencia.

Si en lugar de faltar hubiesen sobrado recursos –dados los ahorros realizados por el municipio– esta instancia tendrá derecho a la diferencia, que podrá ser utilizada para complementar su presupuesto de acciones sanitarias de salud.

Toda la operación de la autoridad municipal de salud de la Reforma Gerencial del SUS será controlada por un Consejo Municipal de Salud.

Obsérvese que, en términos de modelo de descentralización, la reforma corresponde aproximadamente al sistema de descentralización parcial hoy en vigencia. No se propone el sistema semipleno porque se quiere promover de una sola vez la descentralización para aproximadamente dos mil municipios. Sólo así será posible afirmar, en el momento del lanzamiento de la reforma, que a partir de ese día los prefectos y los consejos municipales de salud se harán responsables de la salud de la gran mayoría de los ciudadanos brasileños, solidariamente con el Presidente de la República, su Ministro de Salud, los gobernadores de los estados y sus respectivos secretarios de salud.

La implantación de la Reforma Gerencial del SUS implica la entrega de una tarjeta SUS para cada ciudadano, con la indicación del municipio de su residencia, donde él tiene derecho a ser atendido. La implantación, aunque gradual, será precedida de un período de entrenamiento intensivo. Ello no obstante, una parte de los municipios escogidos confrontarán dificultades, inicialmente, para adaptarse a la reforma. Es preferible, sin embargo, enfrentar las dificultades y resolverlas durante el proceso, en lugar de seguir postergando la descentralización indefinidamente, en nombre del argumento centralizador de que “los agentes a los cuales se quiere delegar autoridad no están todavía preparados”.

LA OFERTA

Es de hacer notar que esta propuesta de reforma no se centra en el fomento de la oferta, por intermedio de la construcción y equipamiento de nuevos hospitales públicos. Esto no significa que esta tarea carezca de importancia. Simplemente, ella no es prioritaria por el momento. De acuerdo con lo que señala Hésio Cordeiro (1991), en el régimen autoritario todo el énfasis se puso en la oferta de servicios de salud. Desde mediados de los años ochenta, sin embargo, las presiones de la demanda pasaron a ser predominantes.

Es preciso reconocer que en los municipios más pobres existe un problema real de oferta. La práctica de consorcios, que el Ministerio de Salud viene adoptando con éxito, es una respuesta adecuada al problema. Por otra parte, todavía en el plano de la oferta, los estados y los hospitales universitarios seguirán jugando un papel fundamental en la oferta de servicios terciarios.

En cada nivel de la federación habrá una autoridad responsable de los hospitales públicos y más en general, de la *oferta* de servicios hospitalarios (que no podrá ser la autoridad del Sistema de Demanda). Los hospitales públicos deberán, en principio, ser convertidos en organizaciones sociales, es decir en entidades públicas no estatales de derecho privado con autorización legislativa para celebrar contratos de gestión con el poder ejecutivo, y así participar en el presupuesto federal, estatal o municipal. Esta publicización de los hospitales estatales, sin embargo, no es parte integrante de la reforma administrativa actualmente propuesta. Lo que es esencial en esta reforma es simplemente la separación nítida entre los hospitales estatales –que forman parte de la oferta de servicios hospitalarios– y el Sistema de Demanda, de modo que le toque a éste acreditar y contratar los servicios de los hospitales estatales, que habrán de competir con los hospitales privados en términos de calidad y de costo de los servicios.

Naturalmente, los hospitales universitarios y los hospitales que tengan un papel relevante en la investigación médica deberán seguir constituyendo prioridades para el Estado, y por lo tanto deberán recibir, como organizaciones sociales, dotaciones presupuestarias además de los recursos provenientes de los servicios contratados por el Sistema de Demanda del SUS.

CONCLUSIÓN

Al privilegiar de manera efectiva la descentralización a través de la NOB-96, el Gobierno Federal se alinearé con las más modernas tendencias de gestión del

Estado, reconociendo y valorizando el papel de los gobiernos locales en el suministro de los servicios públicos esenciales, con mayor racionalidad y control operacional y social. Al privilegiar la calidad de la atención al ciudadano, el Gobierno Federal se alineará con las más modernas técnicas de gestión, valorizando la competencia y la búsqueda de resultados, con el centro de atención en el ciudadano. Al privilegiar la compra o demanda de servicios de salud, el Gobierno Federal reducirá los costos operacionales del SUS, optimizando su gestión operacional y administrativa. Al garantizar que los ahorros realizados por los municipios sean canalizados para su propia medicina sanitaria, el Gobierno Federal estará reconociendo la prioridad de estos gastos en un país pobre como el Brasil, donde los beneficios de las acciones preventivas en salud son todavía enormes. En suma, estará viabilizando la garantía efectiva de un derecho social básico: el derecho universal a la salud.