



2016: un año de perplejidad

El año 2016 será recordado para siempre en la historia de la democracia brasileña. Sus efectos marcarán durante años la actuación de intelectuales y militantes de la Salud Colectiva que dedican sus vidas a la ciencia, y a la construcción de alternativas para la mejora de las condiciones de vida y salud de la población.

La crisis económica y ruptura política e institucional delimitan una coyuntura extremadamente adversa para el sostenimiento de los derechos sociales, asegurados por la *Constitución Federal* de 1988, y el proceso de construcción del Sistema Único de Salud (SUS). Todo ello porque, pese a las enormes contradicciones que se evidencian en la trayectoria de la política social y de salud desde la promulgación de la *Constitución*^{1,2}, las condiciones que favorecieron sus avances³ se encuentran amenazadas.

De 1988 a 2016, la consolidación de un sistema de salud universal no ocupó un papel destacado en la agenda gubernamental. A pesar de ello, las características histórico-estructurales que limitan la universalización de la salud se intentaron paliar mediante políticas nacionales específicas. Estas últimas impulsaron la expansión de la oferta y del acceso a servicios públicos y la reorientación del modelo de prestación del cuidado en salud, particularmente en la atención básica, produciendo mejoras en los indicadores sanitarios^{4,5}.

Estas estrategias e intervenciones, con un fuerte componente técnico, encontraron un espacio variable en los diferentes ciclos de gobiernos, en función de los pactos políticos y de la actuación de grupos sectoriales comprometidos con el proyecto de reforma sanitaria en el país. Sobre este aspecto, se destaca la actuación de entidades de Salud Colectiva y otras afines (tales como Asociación Brasileña de Salud Colectiva -Abrasco-, Asociación Brasileña de Economía de la Salud -AbrES-, y Centro Brasileño de Estudios de la Salud -Cebes), de gestores, técnicos y profesionales de salud en las diferentes esferas de gobierno, de consejeros y movimientos sociales de salud y, también, de miembros del Ministerio Público y de la Defensoría Pública actuantes en el área, que ampliaron la base de apoyo al SUS.

No obstante, la mejoría de las condiciones de salud y del acceso a los servicios públicos tuvo lugar de forma concomitante al fortalecimiento del sector privado en la inversión y prestación de la asistencia⁶. A lo largo de estos últimos años, el gasto público en salud, bien sea como proporción del gasto total o como gasto per cápita, permaneció por debajo de otros países de renta media, incluso considerando su mayor estabilidad e incremento en la década del 2000⁷. Problemas relacionados con la financiación -entre otros, la baja prioridad económica y fiscal del gasto federal, que varió de acuerdo con movimientos de crecimiento o desaceleración de la economía valorada por el Producto Interior Bruto (PIB)⁸, y la canalización de recursos públicos para el sector privado, mediante incentivos directos y de exenciones fiscales^{9,10}-, beneficiaron la expansión del sector privado.

A partir de 2016, las políticas en defensa de la salud como derecho universal y deber del Estado no encuentran acogida en el Ejecutivo y Legislativo federal. Al contrario, se verifica el avance de decisiones políticas que comprometen el efecto protector, otorgado por la *Constitución* y la *Ley Orgánica de la Salud*, desmontan la institucionalidad y debilitan la base material y técnica del SUS, cada vez más afectada por cuestiones de carácter financiero.

Según la reciente entrevista concedida a la BBC Brasil¹¹, el propio Ministro de Salud, Ricardo Barros, muestra su desprecio al conocimiento científico, refiriéndose a estudio-



sos de la salud como “*ideólogos que tratan el asunto* [de la universalidad del SUS]”, y calificando de “*tesis locas*” la producción de un área de conocimiento consolidada en Brasil e internacionalmente.

A su vez, el mercado de planes y seguros de salud intensifica sus procesos de internacionalización y financiación ¹², mediante compras y adquisiciones, alteraciones en su régimen de acumulación, diversificación de productos y búsqueda de nuevas clientelas. Asimismo, su fuerza política se confirma en las propuestas de gobierno y parlamentarias, que favorecen al segmento privado con medidas que tienen que ver con la regulación de “planes populares”, reproducen la estratificación social y las desigualdades en salud, y someten el derecho a la salud a las oscilaciones económicas.

Se añade a la coyuntura el surgimiento de propuestas que sugieren como solución para la crisis económica un régimen de austeridad y ajuste fiscal para los próximos 20 años (*Propuesta de Enmienda Constitucional 241/2016* -PEC 241, aprobada por la Cámara de Diputados en octubre de 2016, y sometida a la apreciación del Senado Federal como PEC 55), con una reducción significativa del gasto público y serias limitaciones para garantizar los derechos sociales y del SUS. En una situación política donde el papel del Estado se restringe y la igualdad y la justicia social pierden valor, el sector privado tiende a ampliar su espacio en el sistema de salud.

En este contexto cerramos el año 2016, proponiendo un Espacio Temático sobre “austeridad fiscal, derechos y salud”. Dando voz a especialistas, estudiosos de la política económica, social y de salud que fueron invitados a analizar, bajo diferentes enfoques, los significados y posibles repercusiones de estas medidas. Con esto, esperamos fomentar el debate y renovar nuestra perspectiva crítica sobre estas cuestiones tan fundamentales para el futuro de las políticas de salud en Brasil.

¡Disfruten de la lectura!

Luciana Dias de Lima
Editora

Marilia Sá Carvalho
Editora

Claudia Travassos
Editora Emérita

Cláudia Medina Coeli
Editora

1. Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis* (Rio J.) 2008; 18:645-84.
2. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saúde Pública* 2013; 29:1927-36.
3. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377:1778-97.
4. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101:1963-70.
5. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 348:g4014.
6. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21:351-70.
7. Servo L, Piola SF, Paiva AB, Ribeiro JA. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: Melamed C, Piola SF, organizadores. Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2011. p. 85-108.
8. Machado CV, Lima LD, Andrade CLT. Federal funding of health policy in Brazil: trends and challenges. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:187-200.
9. Ocké-Reis CO. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
10. Mendes A, Weiller JA. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate* 2015; 39:491-505.
11. Schreiber M. Sistema de saúde para todos é “sonho” e seus defensores são “ideólogos, não técnicos”, diz ministro da Saúde. *BBC Brasil* 2016; 11 nov. <http://www.bbc.com/portuguese/brasil-37932736>.
12. Bahia L, Scheffer M, Tavares L, Braga IF. Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32 Suppl 2:e00154015.