

PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD — REFORSUS

(BR-0199)

RESUMEN EJECUTIVO

PRESTATARIO Y GARANTE:	República Federativa del Brasil	
ORGANISMO EJECUTOR:	Ministerio de Salud (MdS)	
MONTO Y FUENTE:	BID:	US\$350 millones (CO)
	BIRF:	US\$300 millones
	Aporte local:	US\$100 millones
	Total:	US\$750 millones
PLAZOS Y CONDICIONES FINANCIERAS:	Plazo de amortización:	25 años
	Período de desembolso:	4 años
	Tipo de interés:	Variable
	Inspección y vigilancia:	1%
	Comisión de crédito:	0,75%
OBJETIVOS:	<p>El objetivo principal del proyecto es ampliar y mejorar el suministro de servicios de salud en el Sistema Unificado de Salud (SUS), que es la única fuente de atención a los pobres, mediante inversiones en la rehabilitación de infraestructuras y equipos, así como la introducción de reformas de política que mejorarían la sustentación financiera, equidad, eficiencia y administración del SUS.</p> <p>El componente de inversión de este préstamo estaría vinculado de varias maneras a los elementos de reforma. Primero, se autorizarán los compromisos para inversiones solo después de que se hayan cumplido satisfactoriamente las iniciativas de reforma establecidas en la Carta de Políticas de Salud y en la Matriz de Políticas (véase el Anexo II-1). Segundo, el manual operativo contiene criterios específicos de elegibilidad y selección para los proyectos de inversión, que permitirán asegurar la eficiencia en función del costo y la equidad.</p>	
DESCRIPCIÓN:	<p>Esta es una operación con financiamiento paralelo del BID y el BIRF. El proyecto ha sido preparado y analizado por un equipo conjunto de estas dos instituciones financieras, que también lo supervisarán.</p>	

El proyecto duraría cuatro años y constaría de dos componentes:

Componente I – Mejora del suministro de atención de salud en el Sistema Unificado de Salud (SUS) (equivalente de US\$626,4 millones). El proyecto financiaría subproyectos propuestos sobre una base competitiva por proveedores de atención de salud públicos y filantrópicos, tales como los estados, municipios, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras de base comunitaria. El proyecto financiaría subproyectos en los campos siguientes:

- 1) Rehabilitación y equipos, para impedir el ulterior deterioro de la infraestructura y recuperar el déficit tecnológico producido por años de insuficiencia financiera, mala administración y falta de mantenimiento. Las compras de equipos se justificarían i) sobre la base del restablecimiento de la capacidad del sistema; ii) poniendo nuevamente en uso los recursos complementarios ociosos; o iii) reduciendo el costo de una intervención que ya se esté proporcionando. Se calcula que el 55% de los recursos del proyecto se usarían en la rehabilitación de instalaciones de atención ambulatoria y el 45% en el restablecimiento de la capacidad de hospitales.
- 2) Subproyectos de salud familiar y promoción de salud, a fin de mejorar la facilidad de acceso y las actividades de extensión en áreas subatendidas, y evitar la recarga de la atención secundaria y terciaria. El proyecto financiaría alrededor de 2.500 subproyectos de salud familiar y trabajadores de salud de comunidad, subproyectos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para atender a diez millones de personas que viven en zonas pobres y que carecen de acceso a servicios de atención de salud. Los subproyectos harán hincapié en el suministro de un conjunto básico de intervenciones de salud clínicas y públicas eficientes en función del costo. Toda inversión en la rehabilitación de infraestructuras y equipos para unidades de salud básicas, será paralela a la ejecución de un subproyecto de salud familiar y promoción de salud en esa zona.
- 3) Desarrollo de gestión y mantenimiento, para mejorar la administración de la atención de salud. El financiamiento de los subproyectos de rehabilitación y equipos estaría sujeto a la

ejecución satisfactoria de sistemas administrativos clave: i) contabilidad de costos; ii) facturación y recuperación de costos; iii) normas mínimas de calidad para la atención materna e infecciones nosocomiales, y iv) seguridad en el manejo de materiales peligrosos. Otras mejoras fundamentales de gestión incluyen: i) la firma de un contrato de gerencia; ii) el establecimiento de una junta hospitalaria; iii) la adopción de sistemas de información administrativa sobre sectores clave, como contabilidad y facturación, personal, productos farmacéuticos y suministros médicos, mantenimiento, archivos clínicos, flujo y referencia de pacientes, laboratorio y representación por imágenes, y iv) el uso de evaluaciones, exámenes y otros sistemas de garantía de calidad.

Componente II - Mejora del financiamiento y regulación de la atención de salud (equivalente a US\$60 millones). Este es un componente de desarrollo institucional concentrado en campos vitales para la sustentación de las inversiones financiadas en virtud del Componente I. El Banco verificará anualmente el cumplimiento de una serie de reformas importantes (véase la Carta de Políticas en el Anexo II-1), que permitirán asegurar los siguientes elementos: i) marco y precios adecuados para el reembolso a los proveedores de atención de salud; ii) énfasis en una lista sostenible de beneficios de salud y un programa diferenciado de reembolsos que favorezca las intervenciones más eficaces en función del costo; iii) recuperación de costos de los pacientes con seguro privado que utilicen el Sistema Público de Salud, y mejor control de la calidad de los servicios y contra el fraude.

Como parte de este segundo componente, el proyecto financiará la asistencia técnica, que incluirá servicios de consultoría y estudios epidemiológicos, institucionales, económicos, jurídicos y de otra índole. También respaldaría el consenso y la divulgación de actividades como publicaciones, talleres y seminarios, visitas de estudio y capacitación. El proyecto también financiará un grupo técnico que asesoraría al MdS en cuestiones de política de salud que surjan como resultado del análisis de los estudios propuestos en el proyecto.

**CLASIFICACIÓN
AMBIENTAL:**

El Comité del Medio Ambiente, en la reunión del 21 de mayo de 1996, clasificó esta operación en la Categoría III, que se envió al Centro de Información Pública (CIP) el 27 de junio de 1996.

BENEFICIOS:

En su mayor parte, el proyecto beneficiará a los pobres que dependen del SUS como su única fuente de atención. El proyecto asignará recursos para mejorar la infraestructura del SUS, haciendo hincapié en las unidades de salud ubicadas en zonas de bajos ingresos. La revisión de las tarifas de reembolso permitirá corregir las distorsiones de precios que afectan desproporcionadamente a los pobres. Se dará prioridad relativa a los servicios de atención materno-infantil, urgencia y traumatología.

El proyecto mejoraría la equidad: i) introduciendo un mecanismo para asignar presupuestos de inversión de acuerdo con una fórmula transparente y fácil de justificar; ii) asignando prioridades a las inversiones en zonas de bajos ingresos; iii) limitando el reembolso de la atención terciaria, que es costosa y relativamente menos eficiente en función del costo, más utilizada por pacientes con seguro privado y grupos de ingresos medios y altos.

El proyecto mejorará la eficiencia interna y de la asignación del SUS: i) aumentando la proporción de fondos de salud pública gastados en intervenciones más eficaces en función del costo, tanto mediante tarifas revisadas como de subproyectos de inversión; ii) estableciendo un marco nuevo para la fijación de precios y el reembolso a los proveedores de atención de salud, que favorecerá intervenciones más eficaces en función del costo a expensas de las menos eficaces; iii) restableciendo la capacidad del sistema; iv) volviendo a poner en uso recursos complementarios ociosos; v) reduciendo el costo de las intervenciones que ya se están prestando; vi) exigiendo mejores sistemas administrativos como una condición para recibir fondos para rehabilitación y equipos; vii) reduciendo el fraude; y viii) introduciendo la recuperación de costos de pacientes con seguro privado.

Por último, el proyecto reforzaría la capacidad de los estados y municipios para actuar como administradores y compradores de servicios de atención de salud, y por tanto esperamos que los servicios reflejen más las necesidades de los beneficiarios y que mejore la rendición de cuentas y el control social.

RIESGOS:

Los principales riesgos del proyecto son: i) incumplimiento de la agenda de reformas, que amenazaría el mantenimiento sostenido de las inversiones; ii) ejecución incompleta o deficiente del proyecto, y iii) falta de ingresos para financiar

los costos ordinarios incrementales que generará el proyecto, y los ajustes en los programas de reembolso que se necesitarán para cubrir los costos y mantener el capital.

El incumplimiento de la agenda de reformas podría ser ocasionado por el retorno de una inflación elevada, la falta de voluntad política y un alto nivel de rotación de personal en el MdS. El regreso de la inflación dificultaría muchísimo hacer los ajustes de precios. El efecto de la inflación solo podría mitigarse indizando los precios según la inflación, pero esto solo contribuiría a la espiral inflacionaria.

El riesgo de que el proyecto fracase se reduciría al mínimo haciendo que los interesados sigan participando en la identificación, preparación y ejecución de subproyectos, y seleccionando inversiones sobre la base de criterios claros y transparentes que cualquier gobierno podría respaldar. De cualquier modo, el Banco se abstendría de aprobar cualquier subproyecto nuevo si los estudios de gastos y análisis de política anuales demuestran que no se ha cumplido la matriz de reformas de políticas acordada con el gobierno.

El riesgo de financiar subproyectos mal justificados se reduciría al mínimo si se examinan con regularidad los criterios de elegibilidad y evaluación para los mismos, si el MdS y los Bancos hacen un examen previo de los proyectos grandes, y si se utilizan los resultados de la evaluación ex post de una muestra de subproyectos, como medio de mejorar la ejecución del proyecto.

El riesgo de que los recursos del sector salud sean insuficientes para financiar los costos ordinarios, se reduciría al mínimo haciendo que las decisiones sobre las inversiones de cada año estén condicionadas al examen de los gastos públicos y la propuesta de presupuesto para el sector salud, a fin de asegurarse que el impacto fiscal de las inversiones en curso y las propuestas sea sostenible. Además, el proyecto introduce nuevas maneras de aumentar o de usar más eficientemente los recursos financieros existentes en el sistema, como el control de fraudes y la recuperación de costos de pacientes con seguro privado.

**ESTRATEGIA DEL
BANCO EN EL PAÍS
Y EN EL SECTOR:**

La estrategia y el programa operativo del Banco para el Brasil en el ciclo de programación de 1995-1997 son totalmente compatibles con los objetivos del

Octavo Aumento, el interés del gobierno en eliminar sistemáticamente las causas (y atenuar algunas de las consecuencias sociales) de la inflación crónica, y la necesidad de fomentar la modernización económica. Los elementos principales de la estrategia del Banco destacan la necesidad de: i) promover la reforma y modernización del sector público, tanto a nivel federal como subfederal; ii) respaldar el proceso de apertura económica, en parte mediante la modernización de los sectores productivos y con la iniciativa *Redução do Custo Brasil*, destinada a la rehabilitación y mejora de la infraestructura de transporte y puertos de la nación; y iii) resolver las desigualdades socioeconómicas y aliviar la pobreza aumentando la eficacia del gasto social y mejorando la selección de programas sociales. En el último caso, se seguirá dando apoyo especial a la descentralización del sector social, en parte estableciendo asociaciones adicionales con la comunidad local y la sociedad civil. Al mismo tiempo, la estrategia actual del Banco seguirá poniendo énfasis en el saneamiento básico y el medio ambiente.

El proyecto aquí propuesto es compatible con la estrategia general recomendada recientemente por el BID para los sectores sociales, documento CP-1029-1, aprobado por el Comité de Programación el 1 de mayo de 1996, y con la estrategia del Banco para el sector salud del Brasil, según se describió en el Informe de País, documento GN-1897, presentado ante el Directorio Ejecutivo en febrero de 1996.

Como el Gobierno del Brasil está presentando una sola solicitud de financiamiento paralelo por el Banco Mundial y el BID, el proyecto también es compatible con la estrategia del BIRF para el sector salud, según se describe en la Estrategia de Ayuda a los Países para el Brasil (CAS).

El proyecto es congruente con la estrategia del Banco pues: i) define claramente los objetivos; ii) mejora la distribución de los recursos haciendo hincapié en la flexibilidad del presupuesto y una gestión adecuada; iii) enfoca la descentralización con cautela; y iv) evalúa la disposición a la reforma de las instituciones existentes. El proyecto es coherente con la estrategia del BID para el sector salud en el Brasil, pues: i) introduce mecanismos que contribuyen a aliviar distorsiones en el SUS; ii) aumenta la eficiencia del suministro de servicios de salud y promueve las intervenciones más eficaces en función del costo, incluida la atención

preventiva; iii) fortalece la administración de los servicios de salud a nivel estatal y municipal, mejorando su capacidad administrativa y financiera para brindar servicios de atención de salud; iv) fortalece la capacidad del MdS, los estados y los municipios para mejorar la atención de salud; y v) perfecciona los mecanismos de transferencia fiscal que incorporan criterios para la distribución equitativa de los recursos.

**CLASIFICACIÓN
SOCIAL Y
ORIENTACIÓN HACIA
LA POBREZA:**

Tal como se explica en el párrafo 5.16 de este documento, el programa propuesto está orientado hacia los pobres, en virtud de los términos estipulados en el párrafo 2.15 del documento del Octavo Aumento (AB-1704). De acuerdo con el párrafo 2.13 de ese documento, el programa se cataloga dentro de la categoría de las operaciones que fomentan la equidad social y la reducción de la pobreza, pues se concentra en la salud, y sus inversiones están orientadas hacia grupos de bajos ingresos.

**CONDICIONES
CONTRACTUALES
ESPECIALES:**

Como condición previa al primer desembolso, el prestatario:

i) presentará pruebas de que se han suscrito acuerdos, satisfactorios para el Banco con el Banco de Brasil y el Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES), para que éstos sirvan de agentes financieros en la ejecución del Componente I del Programa (párrafo 3.1), y ii) presentar al Banco, para su aprobación, el plan de inversión propuesto para el primer año, a fin de poder determinar si cumple con las normas operacionales del Programa (párrafo 3.25).

Las siguientes condiciones contractuales especiales se refieren a los acuerdos adoptados con el MdS durante la evaluación del proyecto, y constituyen los compromisos que deberá cumplir el prestatario durante la ejecución del proyecto: i) mantener el Sistema Nacional de Auditoría para el SUS y hacerlo extensivo a todos los estados y municipios importantes (párrafo 2.10); ii) mantener la Comisión de Negociación de Precios de Atención de Salud a fin de revisar y acordar los precios que se cobrarán por los servicios de atención de salud al amparo del SUS (párrafo 2.10); iii) contratar los servicios de un auditor externo, que sea aceptable para el Banco, a fin de que prepare auditorías financieras y de adquisiciones cada seis meses sobre la base de muestras adecuadas (párrafo 3.23).

Durante la ejecución del proyecto, como forma de instituir el mecanismo de revisión que permitirá observar el avance logrado en la ejecución de la inversión y de los componentes de reforma, el prestatario, por intermedio del MdS, cumplirá las siguientes condiciones contractuales: i) presentar al Banco, a más tardar en octubre de cada año de ejecución del Proyecto, la propuesta de presupuesto del MdS para el año siguiente, demostrando que el SUS cuenta con fondos adecuados para cubrir el aumento propuesto en las tarifas de reembolsos (párrafo 2.10); ii) presentar al Banco informes semestrales en los que se compararán los logros obtenidos con los indicadores de desempeño acordados (párrafo 3.31); iii) entregar al Banco, para su aprobación, en el mes de octubre de cada año de ejecución del Proyecto, el programa de inversión anual propuesto para el año siguiente, (párrafo 3.32); iv) entregar al Banco, en el mes de octubre de cada año de ejecución del Proyecto, un informe con una evaluación del progreso alcanzado en la realización del Proyecto y las reformas indicadas en la Carta de Políticas sobre Salud durante el año anterior, incluida una evaluación de los subproyectos, a título de muestra, con un estudio expost del impacto económico y de los beneficiarios (párrafos 3.31 y 3.32); v) examinar con el Banco, en el mes de noviembre de cada año de ejecución del Proyecto, el progreso logrado en la realización del mismo, basándose este examen en el informe mencionado en el inciso iv) *supra*; si como resultado de ese examen el Banco considera que el progreso logrado por el prestatario en la ejecución del Proyecto o en las reformas estipuladas en la Carta de Políticas no es satisfactorio, el Banco podrá abstenerse de aprobar el Programa de Inversión Anual propuesto para el año siguiente de ejecución del Proyecto (párrafo 3.32).

**ADQUISICIÓN DE
BIENES Y
SERVICIOS:**

Se convocarán licitaciones competitivas internacionales para la adjudicación de contratos para obras de ingeniería civil por valor superior a US\$5 millones; la adquisición de bienes y servicios por más de US\$350.000 y servicios de consultoría que excedan de US\$100.000 (párrafos 3.17, 3.21 y 3.22).

I. ANTECEDENTES DEL SECTOR SALUD

A. Introducción

- 1.1 En este informe se describe el sector salud del Brasil, se analizan los problemas que enfrenta y se presenta la estrategia seguida por el gobierno para resolverlos. Luego se propone la participación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BIRF) en el financiamiento del Programa de Reforma del Sector Salud del Brasil, y se sugieren parámetros para la ejecución del proyecto.

B. Tendencias socioeconómicas recientes y perspectivas para el futuro

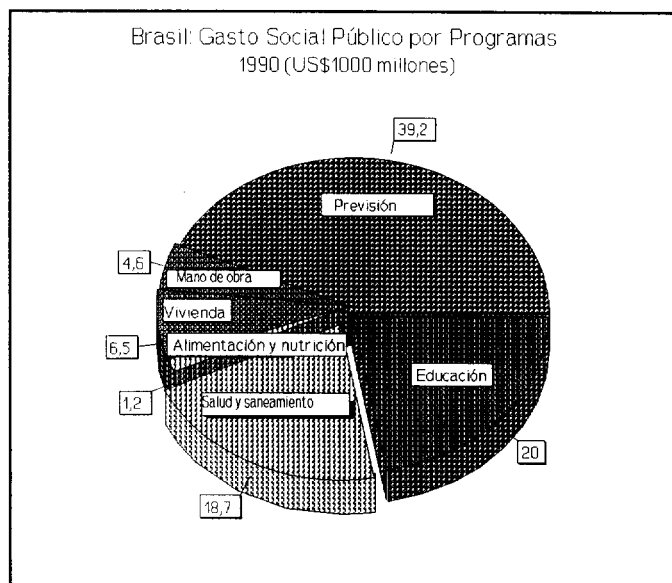
- 1.2 En los últimos años, el Brasil ha experimentado grandes transformaciones políticas y sociales. Se ha restablecido la democracia, la economía depende menos del Estado, y se ha transferido a los estados y municipios una parte considerable del poder político. El sector privado del Brasil ha aumentado su eficiencia y productividad a medida que la economía se ha ido abriendo paso gradualmente. Las autoridades brasileñas y el Banco están de acuerdo en que el objetivo central de la política a medio plazo es la lucha contra la pobreza y la falta de equidad. Se necesitan cuatro conjuntos de iniciativas de política para establecer un ataque sostenido contra la pobreza: estabilización y crecimiento sobre bases amplias; reforma de las funciones desempeñadas por el gobierno federal y los gobiernos estatales; políticas específicas para el desarrollo de capital humano, tales como educación y salud, infraestructura y medio ambiente; y políticas específicas para combatir la pobreza, entre ellas, iniciativas en zonas rurales y urbanas. Este proyecto respaldaría la implantación de políticas específicas por el gobierno en el sector salud.

C. La pobreza y los gastos sociales 1/

- 1.3 El estancamiento económico del Brasil en los años ochenta ha dejado a 24 millones de brasileños – 17,4% de la población – viviendo por debajo del umbral de pobreza en 1990. Este umbral es muy superior al promedio para un país de ingresos medios, y afecta desproporcionadamente a la población del nordeste del país.
- 1.4 El gasto social tiene un papel crítico que desempeñar para mejorar el bienestar de los pobres mitigando las consecuencias de la pobreza y facilitando sus intentos por salir de ella. El Brasil invierte grandes sumas de dinero en programas sociales, habiendo desembolsado US\$90.000 millones por ese concepto, o alrededor del 20% del PIB, en 1990. No obstante, esto no se ha traducido en resultados efectivos

1/ El Banco Mundial: Estudio de la Pobreza en el Brasil. (Washington, D.C.: Informe del Banco Mundial, 14322-BR, 1995.)

en términos de indicadores sociales o de alivio de la pobreza. El hecho de que los indicadores sociales sigan siendo tan bajos, sugiere que existen serias ineficiencias en la estructura y el suministro de los servicios sociales. Si se descentraliza la administración de los programas sociales, los servicios podrían reflejar mejor las necesidades de los beneficiarios y evitar los gastos generales tan elevados que genera un método centralizado.



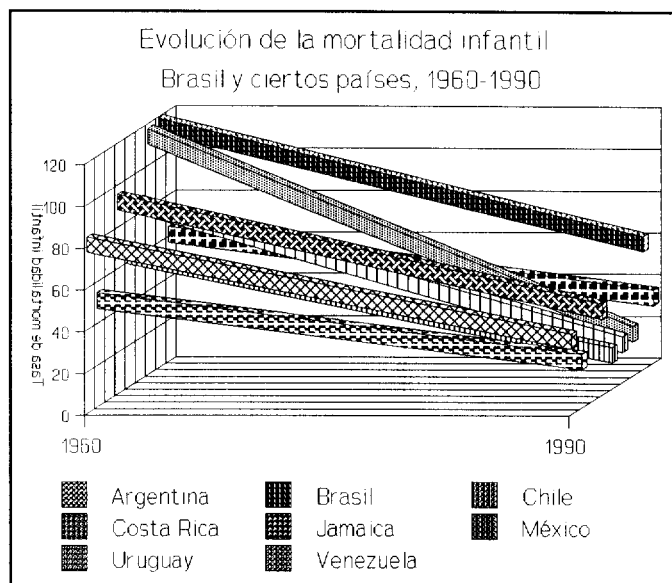
D. Población

- 1.5 Según el censo de 1991, la población del Brasil ascendía a 146 millones de habitantes. La tasa de crecimiento anual promedio entre 1980 y 1991 fue del 1,93%, una notable reducción de las tasas del 2,5% y el 2,9% registradas en los decenios de los setenta y sesenta, respectivamente, y reflejó, entre otros factores, la disminución de la Tasa de Fecundidad Total del 4,9 en 1970 al 2,8 en 1992. Entre 1960 y 1991 se registró un cambio notorio en la estructura demográfica de la edad, pues el número de niños de 0 a 14 años disminuyó del 43% al 34%, mientras que el número de personas de 60 años o más años aumentó del 4,7% al 6,1%. Como resultado de la caída en las tasas de fecundidad y mortalidad, la población de personas ancianas en el Brasil está aumentando rápidamente. Para el año 2000, se estima que el 10% de la población total será mayor de 60 años. El 76% de la población ahora reside en zonas urbanas. En los años ochenta, las nueve áreas metropolitanas más grandes crecieron a un ritmo más lento que en el decenio anterior, pero el crecimiento ha aumentado en las ciudades de tamaño mediano del país.

E. Mortalidad y morbilidad

- 1.6 Las condiciones de salud han mejorado en los últimos 20 años. Desde 1970 hasta 1993, la expectativa de vida aumentó de 61 a 67 años, y la mortalidad infantil disminuyó de 95 a 57 defunciones por cada 1000 nacimientos. A pesar de estas mejoras, la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) continúa siendo elevada en las zonas empobrecidas del país, como el Nordeste (92 por 1.000 nacidos vivos en 1989), y es peor de lo que podría esperarse para un país de ingreso medio

superior como el Brasil. Argentina, Chile e incluso países con ingresos más bajos, como Jamaica, tienen tasas de disminución de la TMI más favorables que el Brasil (Figura 2.1). La mortalidad neonatal permaneció estable durante los años ochenta, en aproximadamente 25 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Aunque el 83% de los nacimientos recibieron asistencia de personal de salud en 1989, el 47% de la mortalidad infantil todavía se debía a causas perinatales. En 1994, el Coeficiente de Mortalidad Materna (CMM) era de 38,2 por 100.000 nacidos vivos, alcanzando a 65,3 en las regiones pobres. Del mismo modo, el Brasil ha logrado menos progreso en la expectativa de vida que otros países con recursos similares.



- 1.7 La reducción de la mortalidad infantil y la fecundidad crearán nuevas demandas sobre el sistema de atención de salud, relacionadas con el envejecimiento de la población y la mayor incidencia de las enfermedades no transmisibles, difíciles de prevenir y costosas de tratar, como el cáncer y las cardíacas y pulmonares crónicas.

CUADRO I-1 Causas principales de muerte, 1991	
Causas	%
Enfermedades del sistema circulatorio	27,9
Causas externas	12,7
Causas mal definidas	18,0
Cáncer	10,7
Subtotal	69,3

- 1.8 Las enfermedades del sistema circulatorio ya eran la causa principal de defunción en casi todas las regiones brasileñas 2/. Las lesiones producidas por homicidios y accidentes de tránsito están adquiriendo más importancia, produciendo ambas más años de pérdida potencial de vidas que cualquier otra causa por sí sola, con excepción de los tumores malignos. El problema es muy serio entre los adolescentes, que representan el 55% y el 74% de las muertes de varones en los grupos de edad de 10-14 y 15-19, respectivamente. En las regiones pobres del norte y el sudeste, las causas primarias de defunción no están bien definidas, pues hasta el 50% de ellas no son atendidas o bien no son clasificadas correctamente por un médico.
- 1.9 Aunque las enfermedades crónicas y degenerativas y la violencia son ahora las causas principales de morbilidad y mortalidad entre toda la población, las enfermedades transmisibles siguen siendo un riesgo considerable para los pobres y los jóvenes, especialmente los que viven en el norte y el Nordeste, donde las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupan el tercer lugar entre las causas de defunciones notificadas. Además, aunque la mortalidad por enfermedades prevenibles con vacunación disminuyó a fines de los años ochenta y principios de los noventa, el país sigue experimentando epidemias de malaria, dengüe, kala-azar (leishmaniosis visceral), tuberculosis y SIDA. Las infecciones intestinales prevenibles, la neumonía y las deficiencias nutricionales representaron el 16%, 11% y 4% de las defunciones, respectivamente. Solamente el 60% de las mujeres embarazadas recibieron cierto tipo de atención prenatal, siendo la cobertura inferior al 20% en muchas zonas rurales.
- 1.10 Los datos sobre hospitalización para el periodo 1984-1991 indican que la causa principal de hospitalizaciones estuvo relacionada con causas obstétricas, o enfermedades psiquiátricas y cardiovasculares, atribuyéndose a estas tres el 23% de todos los ingresos y el 20% de los costos hospitalarios en 1994. Las causas obstétricas representaron el 10% de los reembolsos efectuados por el Sistema Unificado de Salud (SUS) del Brasil, y los ingresos por causas psiquiátricas ocuparon el segundo lugar en las categorías que recibieron los reembolsos más altos, representando el 6,4% de todas las altas reembolsadas.

2/ Los datos sobre mortalidad y morbilidad tienen que interpretarse con cautela debido a que: primero, la proporción de muertes atribuidas a causas mal definidas oscila entre el 9,1% en el sudeste y el 43% en el nordeste, y segundo, los datos sobre hospitalizaciones pueden mostrar sesgos por el sistema de pagos a hospitales, que se basa en el diagnóstico.

F. Organización y financiamiento de la atención de salud 3/ y 4/

- 1.11 El Sistema Unificado de Salud (SUS) del Brasil, única fuente de atención para 110 millones de brasileños, es único en América Latina y el que más se parece al modelo del Canadá y varios países europeos. Esta singular configuración es el resultado de más de veinte años de iniciativas de reforma sanitaria dirigidas a la descentralización, "medicalización" y articulación del suministro y financiamiento del sistema de atención de salud brasileño. Las diferentes estrategias propuestas y las tensiones encontradas durante este proceso evolutivo responden, en gran medida, a la tradición de control centralizado que ha dominado la historia política del país, al papel desempeñado durante casi dos siglos de atención a los pobres por las "Santas Casas de Misericordia", al "Movimiento Sanitario" resultante de las campañas contra las enfermedades parasitarias y otras infecciosas, y a la sólida presencia de intereses de atención de salud en el Congreso brasileño.
- 1.12 En la Constitución de 1988 y la legislación conexas del SUS: i) la cobertura es universal; ii) los beneficios médicos son completos y gratuitos en el momento de usarse; iii) el financiamiento proviene en su mayor parte de los impuestos generales y se subsidia a los pobres, pero el seguro de salud privado juega un papel complementario de importancia para los segmentos de ingresos medios y superiores de la población; iv) los fondos son asignados a los estados y municipios sobre la base de probables presupuestos globales de salud; v) la mayor parte de la atención es suministrada por proveedores privados que compiten por los pacientes del SUS; vi) la propiedad y administración de los servicios públicos está descentralizada y corresponde a los municipios y estados; y vii) a los proveedores se les reembolsan los servicios prestados sobre la base de producción (grupos relacionados con diagnóstico).

1. Cobertura

- 1.13 A pesar de la impresionante coincidencia del SUS con buenos modelos de organización y financieros, adolece de un número considerable de deficiencias. Aunque teóricamente la cobertura es universal, el sistema deja desamparados a grandes zonas y grupos en el norte, el Nordeste y zonas periurbanas, en las que se calcula que unos diez millones de personas carecen de acceso a atención de salud. Con 30 camas de hospital y 14,2 médicos por cada 10.000 habitantes, el

3/ Mendes, E.V.: Comentários sobre Financiamento e Gastos em Saúde no Brasil, en: Vianna, S.M. et al: O Financiamento da Saúde no Brasil, (Brasília: OPAS, Série Economia e Financiamento No. 4, 1994).

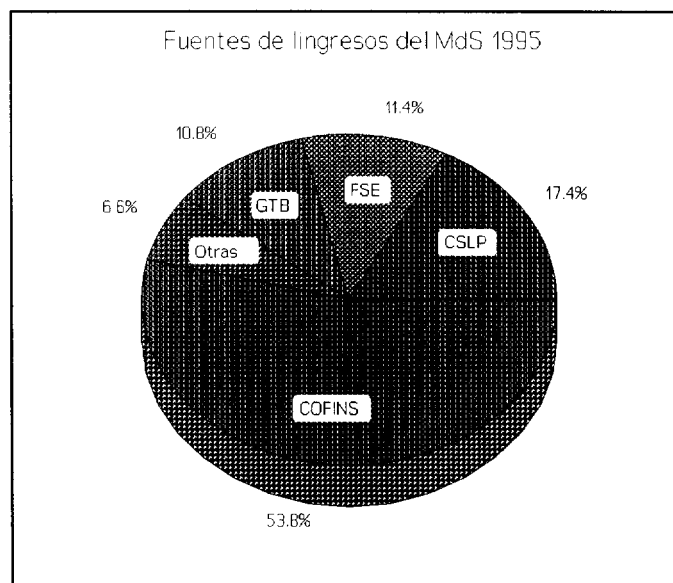
4/ Aiyer, Jamison y Londoño: Health Policy in Latin America: Progress, Problems and Policy Options. Cuadernos de Economía 32 (1995), pp 11-28.

Brasil se compara favorablemente con el promedio de los países latinoamericanos y otros de ingresos medios. El país tiene una escasez relativa de enfermeras profesionales, con un coeficiente de 3,7 médicos/enfermera, y la distribución de los servicios y profesionales de salud en las diversas regiones es muy desigual, concentrándose en las más desarrolladas y en las capitales estatales. En el Nordeste, la cobertura de atención prenatal puede ser de tan solo el 12% (excepto el Estado de Piauí), y el 31% de los partos todavía tienen lugar en la casa.

2. Beneficios

- 1.14 El actual **mandato constitucional** de pagar todos los servicios de salud para toda la población es **insostenible**: el nivel actual de gastos en salud pública (en 1994, US\$93 per cápita y 3% del PIB) no es suficiente para pagar un plan completo de beneficios de salud a la población que depende exclusivamente del SUS. El seguro de salud privado más barato y los sistemas de medicina en grupos, que ofrecen beneficios limitados a poblaciones relativamente saludables, cobra entre US\$156 y US\$131 al año por persona cubierta, respectivamente. El racionamiento se logra imponiendo límites sobre los ingresos hospitalarios y topes presupuestarios.

- 1.15 El financiamiento proviene principalmente de los impuestos en general y subsidia a los pobres. La mayor parte del sector salud es financiada por el Presupuesto de Previsión Social (PSS) (Instituto Nacional de Previsión Social), que también financia los servicios de bienestar, seguridad social y los beneficios por desempleo. No se asignan fondos a estos programas. Los ingresos del PSS provienen de una combinación de contri-



buciones sociales e ingresos de la tesorería, como: i) contribuciones de empleados y patronos a la seguridad social; ii) Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social (COFINS) - impuestos

sobre producción de los negocios 5/; iii) Contribución Social sobre Ingresos de Personas Jurídicas (CSIPJ) - impuesto sobre las utilidades netas de los negocios; y iv) otras fuentes menores - Programa de Integración Social (PIS) y Programa para la Formación de Empleados Públicos (PFEP). El presupuesto del MdS incluye otros ingresos del Fondo Social de Emergencia (FSE); bonos de la tesorería nacional (inscritos en el financiamiento de deudas) y otros ingresos menores.

- 1.16 El sector de seguros de salud privados desempeña una función complementaria considerable en el financiamiento del servicio de salud. En 1994, 33 millones de personas estaban amparadas por uno de los varios planes ofrecidos por los seguros de salud privados, lo que representa una industria de US\$6.600 millones. A pesar de la magnitud del sector y sus fracasos bien conocidos en el mercado, el sistema de seguros de salud privados, en su mayor parte, no está regulado y practica una selección adversa; además, contribuye a la desigualdad del SUS al obligar a los beneficiarios de clase media y superior a utilizar el servicio gratuito del SUS para la costosa atención terciaria.

3. Asignación de recursos

- 1.17 La asignación de los presupuestos de gastos ordinarios y de capital no suele ser transparente y no promueve la equidad. Se suponía que los fondos públicos para la inversión en rehabilitación y equipos iban a ser transferidos automáticamente a los Estados en proporción a sus presupuestos ordinarios. En realidad, han sido asignados en su mayor parte sobre la base de acuerdos individuales discrecionales entre el Ministerio de Salud y los gobernadores de los estados o los alcaldes municipales. En 1995, el 50% de los presupuestos de inversión se asignó conforme al tamaño de la población. El MdS está interesado en incorporar indicadores de salud y socioeconómicos como criterios para asignar la otra mitad, a partir de 1996.

4. Suministro de servicios de atención de salud

- 1.18 El Sistema Unificado de Salud (SUS) integra la red de salud pública junto con las redes filantrópicas privadas sin fines de lucro, de las cuales el gobierno compra servicios de atención de salud. Éstos representan alrededor del 70% de la totalidad de los servicios de salud suministrados en el Brasil. El 30% restante lo proporciona la red privada con fines de lucro, que no tiene

5/ El cobro de estas contribuciones ha sido muy ineficiente. El IPEA estima que, en 1992, el nivel de evasión de las contribuciones al COFINS era de alrededor del 76%. El fin del periodo de hiperinflación dio lugar a una mejora marcada en el cobro de contribuciones para el COFINS y el CSIP, pero no en los ingresos de las deducciones por nómina.

contratos con el gobierno y sirve a pacientes que cuentan con seguro privado o que pagan el servicio de su propio bolsillo. Los pacientes están en libertad de escoger entre proveedores públicos y privados contratados por el SUS. El sector privado desempeña un papel importante al ofrecer servicios al SUS: En 1994 representaba el 79% de las camas de hospital financiadas por el SUS, el 83% de los ingresos hospitalarios financiados con fondos públicos, y el 66% (39% con fines de lucro, 27% filantrópicos) de los reembolsos a hospitales (véase el Cuadro I-2). El sector privado también realizó el 38% de las operaciones clínicas ambulatorias financiadas con fondos públicos y recibió el 65% de todos los reembolsos por pacientes ambulatorios. La calidad de la atención no está bien documentada, pero probablemente sea baja, si juzgamos por la atención maternoinfantil, que por tradición es un indicador de la calidad de la atención de salud: aunque el 83% de los nacimientos fueron atendidos por personal calificado en 1989, la mortalidad materna sigue siendo elevada, y el 47% de la mortalidad infantil se debió a causas perinatales.

CUADRO I-2 Reembolsos financiados por el SUS por tipo de proveedor		
Tipo de proveedor	Atención ambulatoria	Atención hospitalaria
Privado con fines de lucro	37%	39%
Privado filantrópico	28%	27%
Público	27%	13%
Universitario	8%	21%

5. Gestión de servicios de salud pública

- 1.19 El Ministerio de Salud tiene pocas responsabilidades para el suministro directo de atención de salud, pues la propiedad y gestión de los servicios públicos fue descentralizada y pasó a los municipios y estados en 1988. A partir de 1982, los gobiernos sucesivos han transferido las responsabilidades y recursos a los municipios y, en menor grado, a los estados. En la actualidad, alrededor de 2.000 de los 5.000 municipios brasileños tienen cierta autonomía en la atención de salud. La descentralización ha beneficiado principalmente a los municipios, dejando a las Secretarías de Salud Estatales con una función relativamente pequeña y mal definida, entre un poderoso MdS federal y las Secretarías de Salud municipales, sobre las cuales no tienen autoridad jerárquica; estas últimas tienden a comunicarse directamente a nivel federal. Las Secretarías de Salud municipales son responsables de planificar, organizar y administrar el suministro de servicios de atención de salud pública en sus jurisdicciones, y pueden contratar proveedores

privados para ofrecer la atención que no suministra el sistema público. Cuando es necesario, también pueden crear consorcios intermunicipales ^{6/} para combinar los recursos y administrar mejor el movimiento de pacientes. Los municipios mayores y mejor administrados con autonomía administrativa y financiera avanzada, reciben subvenciones globales que pueden administrar a voluntad. Se espera que algunos estados tendrán autonomía completa, lo que significa que además de recibir los donativos globales, se les confiará la responsabilidad de desempeñar funciones de salud pública general, como el control de enfermedades transmisibles, etc.

6. Reembolso a proveedores

- 1.20 A los proveedores se les reembolsa sobre la base de la producción (grupos relacionados con diagnósticos): Sistema de Información Hospitalaria (SIH) para la hospitalización y Sistema de Información Ambulatoria (SIA) para la atención de pacientes ambulatorios. Las actuales tarifas de reembolso son muy desproporcionadas en comparación con los costos promedio del servicio, lo que afecta seriamente a las inversiones y mantenimiento de las instalaciones, produciendo déficit en insumos esenciales, mala calidad de la atención y fraude. En la actualidad se estima que no cubren más del 40% al 50% de los costos reales. Entre 1991 y 1992, el nivel promedio de un SIH bajó de US\$306 a US\$180. Además, el deterioro de los precios no ha sido uniforme entre intervenciones y diagnósticos. Esta distorsión afecta al reembolso de servicios esenciales clínicos y de salud pública, mientras que la atención terciaria, que es menos eficiente en función del costo, ha estado relativamente más protegida. Además, ofrece un subsidio cruzado pernicioso, pues la clase alta y media-alta utiliza la costosa atención terciaria de manera desproporcionada.

^{6/} Un consorcio intermunicipal es una idea innovadora que consiste en reagrupar varios municipios para crear una masa crítica de servicios de atención de salud que incluyen, por ejemplo, un hospital universitario a nivel terciario, 2 a 3 hospitales secundarios o regionales, y una red afín de centros y puestos de salud. Las ventajas principales de un consorcio son que: i) logra economías de escala mediante la compra conjunta de algunos insumos clave; ii) puede organizar un sistema de referencia práctico; y iii) mejora la eficiencia del sistema al separar el financiamiento (por el consorcio) de la prestación de servicios (por instalaciones individuales que venderían los servicios al consorcio), lo que le permite a las autoridades federales y estatales tratar con un número limitado de entidades (los consorcios) en lugar de hacerlo con muchos municipios o instituciones distintas.

CUADRO I-3 Reembolso de ciertas intervenciones en el Sistema Unificado de Salud -SUS Federación de Santas Casas de Misericordia, Enero 1996. CR\$(reales)			
Procedimiento	Costo	Reembolso	Reembolso/Costo
Visita médica general	10	2	21%
Apendicetomía	833	191	23%
Parto normal	235	114	48%
Crisis asmática	399	204	51%
Radiografía simple	7	4	57%
Tratamiento de prematuros	385	322	84%

- 1.21 El deterioro de los precios ha obligado a los hospitales y otros proveedores a posponer la inversión en rehabilitación y equipos, a reducir el mantenimiento y/o cerrar unidades completas, dejando a los pobres sin nadie a quien recurrir. También ha llevado a un fraude generalizado por proveedores que solicitan copagos ilegales de pacientes, alterando ilegalmente los diagnósticos de pacientes para maximizar el reembolso, solicitando más de un reembolso por ingreso hospitalario y falsificando otros. El MdS estima que el 20% de la facturación al SUS es fraudulenta. En la actualidad, el MdH está haciendo un esfuerzo enorme por controlar el fraude con los recursos y capacidad existentes.

7. Regulación

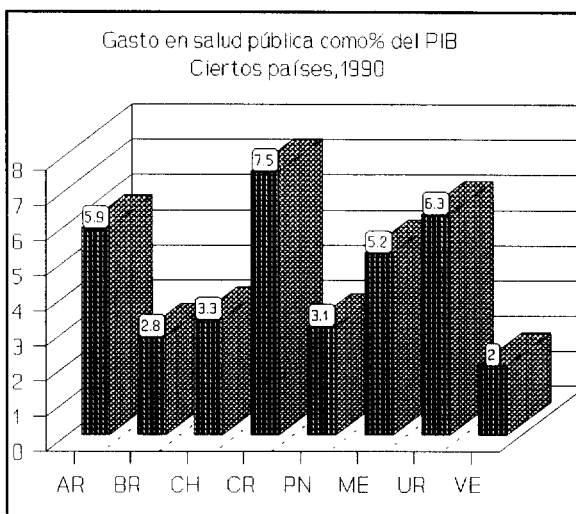
- 1.22 Aunque el MdS es responsable de las políticas y normas, todavía no ha podido regular adecuadamente el sistema: es decir, garantizar la calidad de los servicios que compra y controlar el fraude. Aunque el gobierno tiene un sistema de información que permite detectar parte del fraude, no ha podido hacer cumplir la ley, debido al temor de cierres en gran escala y la interrupción de los servicios. Además, el MdS todavía administra varios programas verticales, entre ellos: i) la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) (saneamiento y control de enfermedades transmisibles); ii) la Agencia Farmacéutica Central (CEME) (adquisición, producción y control de productos farmacéuticos); iii) la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (educación de posgrado, investigación y desarrollo y producción de vacunas), y iv) el Instituto Nacional de Alimentos y Nutrición (INAN), que podrían ser administrados adecuadamente por los estados y municipios.

8. Gastos en atención de salud

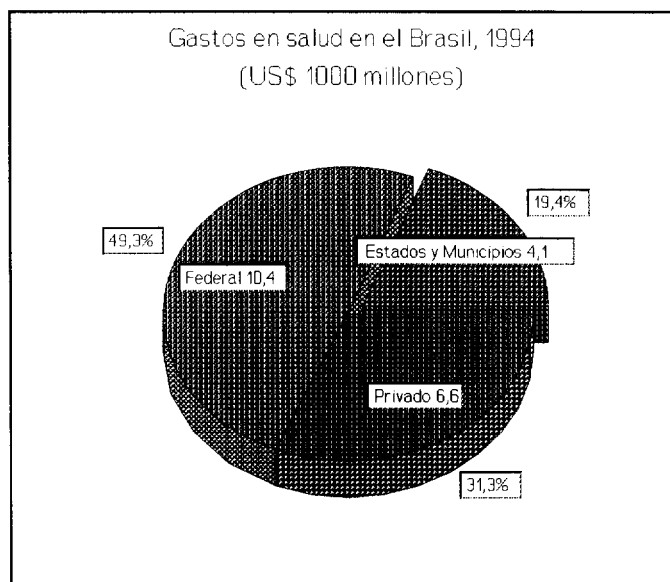
- 1.23 Los gastos en salud pública a nivel de todos los gobiernos (federal, estatales y locales) ascendieron a unos US\$19.100 millones en 1990, que representaron US\$95,6 per cápita y el 2,76% del PIB del país. Este nivel de gasto es mucho menor que la suma gastada por otros países de ingreso medio superior en la región. Los gastos totales en salud en Argentina, Chile, Costa Rica, México, Uruguay y Venezuela oscilan entre 1,96% y 7,5% del PIB. De estos, únicamente

Venezuela asigna a los gastos de salud pública una proporción de su PIB menor que la del Brasil. En parte debido al bajo gasto en salud pública, el Brasil figura entre los últimos de los países citados en cuanto a expectativa de vida, mortalidad infantil, mortalidad materna, cobertura de inmunización y atención prenatal.

- 1.24 Los presupuestos de salud pública han sido muy variables. En 1990, el gasto per cápita en salud pública fue de unos US\$96, pero disminuyó hasta la suma mínima de US\$63 en 1992, cuando los gastos del gobierno federal en beneficios de previsión social casi agotaron los fondos que se habían asignado al sector salud. La crisis de la seguridad social de 1992-1993 dio lugar a la inhabilitación de muchas camas y a una reducción considerable en atención hospitalaria y ambulatoria, haciendo extremadamente difícil la administración de los sistemas. En 1993, el total de gastos en salud pública alcanzó a US\$14.890 millones, el equivalente de US\$93,80 per cápita.



- 1.25 **Total de gastos en salud:** Calculamos que el total de gastos en salud ascendió a unos US\$21.100 millones, el equivalente de US\$136 per cápita ^{1/} y 4,4% del PIB del Brasil, en 1994. La distribución de los gastos en salud entre entidades públicas y privadas se dividió en la forma siguiente: gastos federales, US\$10.400 millones o US\$67 per cápita; estados y municipios, US\$4.100 millones o US\$26 per



^{1/} Las cifras per cápita incluyen los gastos del MdS en el SUS y otros proveedores ajenos a éste.

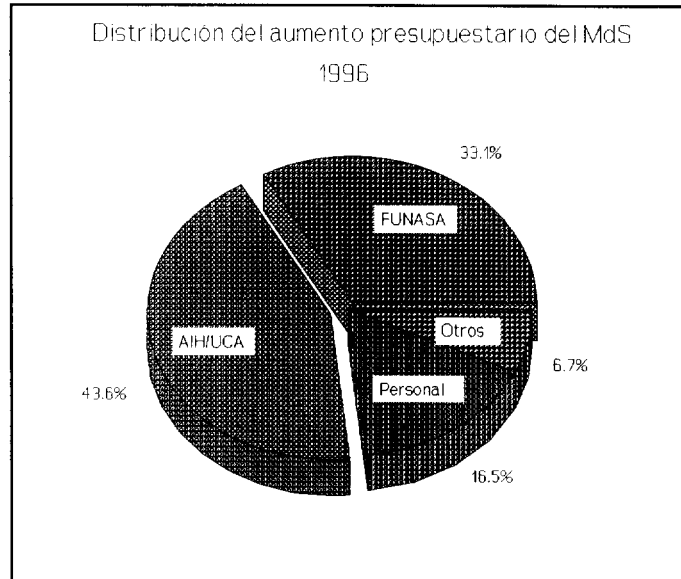
cápita; y gastos privados, US\$6.600 millones o US\$43 per cápita. Estos últimos representaron el 30% de los gastos totales, o sea, una proporción elevada incluso cuando se compara con la de países de la OCDE, a pesar de que solo se le atribuyen los gastos con seguro de salud privado, cooperativas médicas de pago previo y sistemas de salud de empresas. No se incluyen los gastos directos por consultas médicas privadas, análisis de diagnóstico, productos farmacéuticos ni hospitalizaciones, que en 1989 se calcularon en US\$2.900 millones (0,5% del PIB). Si éstos se mantienen al mismo nivel, el gasto total en salud en 1994 fue de US\$23.200 millones, el equivalente al 4,9% del PIB, todavía algo bajo para un país de ingresos medios.

- 1.26 **Gastos en salud por estados y municipios:** Los gastos netos en atención de salud por los estados, como una proporción del PIB, disminuyeron considerablemente durante los años ochenta y principios de los noventa, bajando un 15% entre 1980 y 1990. Durante ese mismo periodo, los gastos en salud por los municipios casi duplicaron su proporción, subiendo del 0,19% al 0,34% del PIB. Entre 1985 y 1990, la proporción de fondos del sector salud administrados directamente por los estados aumentó el 43%, mientras que los fondos administrados directamente por los municipios se incrementaron el 60%. A principios de los años noventa, los gastos en salud por los municipios han sido casi iguales a los de los estados. La creciente función de los municipios y la menor responsabilidad de los estados fue ordenada por la nueva Constitución Brasileña, que redistribuyó entre los municipios una mayor proporción de los ingresos en concepto de impuestos, y por la política del gobierno del Presidente Collor de favorecer a los municipios, en detrimento de los estados, en la asignación de los fondos.

G. Presupuesto federal del sector salud propuesto para 1996

- 1.27 Para 1996, el Ministerio de Salud ha propuesto un presupuesto total de US\$23.000 millones, un aumento del 62% sobre la asignación presupuestaria de 1995. El 44% del aumento solicitado se destinaría a elevar las tarifas de desembolso de servicios hospitalarios y ambulatorios, y otro 33% a fortalecer el saneamiento y control de enfermedades transmisibles por la Fundación Nacional de Salud.
- 1.28 El presupuesto propuesto para 1996 asignaría US\$12.500 millones (55%) al Fondo Nacional de Salud, de los cuales US\$9.000 millones (79%) se usarían para reembolsar a proveedores públicos y privados por la atención hospitalaria y ambulatoria suministrada al amparo del SUS. El personal (17%) y el servicio de la deuda (4%) constituyen la segunda categoría presupuestaria más alta, representando el 21% del presupuesto total. El resto del presupuesto se utilizaría para financiar los organismos federales de salud: i) 17% para la Fundación Nacional de Salud (saneamiento y control de enfermedades transmisibles); ii) 5,4% para la Agencia Farmacéutica Central (AFC) (la agencia central para la adquisición

de medicamentos);
iii) 0,9% para la Fundación Oswaldo Cruz (educación de posgrado, investigación y desarrollo y producción de vacunas), y
iv) 0,16% para el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (vigilancia de la nutrición y distribución de alimentos entre los pobres).



- 1.29 El aumento relativo más grande iría a la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) (276%), en su mayor parte debido a un incremento de veinte veces en los fondos asignados a saneamiento básico. El MdS también propuso aumentos más altos que los promedio, o sea: i) 177% para el programa de leche; ii) 169% para el Hospital de Pioneros Sociales (el Hospital del Distrito Federal); iii) 242% para campañas comunitarias; iv) 217% para la rehabilitación y adquisición de nuevos equipos para la red SUS (incluidos los del proyecto propuesto); v) 193% para el control de enfermedades endémicas (incluido un nuevo programa para el control de la malaria); vi) 256% para otros programas de la Fundación Nacional de Salud, y vii) 110% para otros programas del Instituto de Alimentación y Nutrición. Con la excepción de los fondos asignados directamente al Hospital de Pioneros Sociales, todos estos aumentos presupuestarios demuestran que el gobierno se ha comprometido a elevar su función en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, que son bienes públicos tradicionales.
- 1.30 Los aumentos presupuestarios propuestos para la Fundación Nacional de Salud son cuestionables. La asignación original asignada a dicha Fundación en el presupuesto del MdS de 1995, y el enorme aumento en recursos para 1996, no parecen justificados, debido a que: i) la mayoría de las actividades de control de enfermedades transmisibles las podrían realizar con más eficiencia los estados y municipios, y ii) la mayor parte del aumento se destinará al financiamiento de proyectos de agua y saneamiento en zonas rurales, que se podrían ejecutar y administrar mejor a nivel local por intermedio de compañías de servicios públicos privadas o municipales.
- 1.31 Del mismo modo, resulta difícil justificar una dependencia federal como la Agencia Farmacéutica Central (AFC) y el considerable aumento en la asignación de fondos para la compra centralizada de medicamentos, pues: i) la distribución de medicamentos gratuitos a

todos en los servicios de salud pública no es factible desde el punto de vista financiero, y ii) la AFC brasileña tiene una mala reputación en cuanto a eficiencia y capacidad para controlar el fraude.

- 1.32 Por último, es necesario estudiar la magnitud de la nómina del MdS. Aunque la proporción de esta nómina (18% del presupuesto de 1996) es pequeña cuando se compara con la de otros países (normalmente alrededor del 60%), y a pesar de que en 1996 la proporción sería menor que la de 1996 (19%), resulta difícil aceptar un aumento del 53% de un año a otro, cuando casi todos los servicios de salud los suministran ya sea el sector privado u hospitales municipales o estatales y los servicios ambulatorios. Este aumento sería contrario a la política declarada de hacer del MdS una dependencia pequeña, con funciones en su mayor parte normativas, de regulación y monitoreo.
- 1.33 La mayor asignación al programa de leche también se puede cuestionar como resultado de los estudios realizados, que han demostrado que con frecuencia ha estado mal enfocada y que ha sido ineficiente y objeto de abuso. En el REFORSUS propuesto no se resolvería el problema debido a que: i) representa una parte relativamente pequeña del presupuesto; ii) es algo periférico al enfoque del proyecto, y iii) en gran medida queda fuera del ámbito del MdS (es decir, forma parte del Programa de Comunidad Solidaria, coordinado desde el gabinete de la Primera Dama).
- 1.34 El presupuesto del MdS para 1996 muestra asignaciones reducidas en algunas partidas, entre ellas: i) la amortización del servicio de la deuda (57%); ii) la producción de vacunas (29%), y iii) fondos de contrapartida para proyectos en 1996 (es decir, proyectos respaldados por el BIRF para Salud Básica 1 en el Nordeste, Control de Enfermedades Endémicas en el Nordeste y Control de la Malaria en la Cuenca Amazónica). La menor contribución a la producción de vacunas representa una nueva política hacia una dependencia mayor de la producción del sector privado y de comprar en mercados internacionales competitivos.

H. Cuestiones del sector salud y política gubernamental

1. Cuestiones del sector salud

- 1.35 A pesar del grado tan impresionante de coincidencia del sistema brasileño de atención de salud con buenos modelos de organización y financieros, este sistema adolece de varias deficiencias notables descritas en este informe. Algunas de ellas se pueden resolver en breve plazo dentro del marco institucional actual, mientras que otras son de tipo estructural y solo tienen solución a mediano plazo.

a. Problemas a corto plazo

- 1.36 El problema principal a corto plazo es que el reembolso a los proveedores privados no guarda proporción con el costo promedio de los servicios prestados, y el gobierno con frecuencia se encuentra atrasado en los pagos. Debido al déficit financiero, los hospitales filantrópicos, que son el puntal del SUS, están cerrando unidades completas, cerrando las puertas totalmente o cancelando sus contratos de servicios públicos, mientras que los hospitales públicos se están deteriorando y carecen de insumos esenciales, dejando a los pobres sin atención médica. El déficit de financiamiento ha sido endémico en los seis últimos años, y ha llevado a una falta de inversión y mantenimiento del capital, dejando incompletos muchos proyectos de obras de ingeniería civil. Si no se terminan estos proyectos, las obras se deteriorarán y sus costos no recuperables se perderán. Además, el actual programa de reembolsos compensa excesivamente algunas intervenciones terciarias que no son eficaces en función del costo utilizadas por los más pudientes, mientras que la compensación de las demás intervenciones esenciales de salud pública y clínicas más costo-efectivas es totalmente insuficiente.

b. Problemas estructurales

- 1.37 Existen cinco problemas estructurales en el SUS (véase el Cuadro I-4). El primero y más importante es que el mandato constitucional vigente, de pagar por todos los servicios de salud para toda la población, no es sostenible: el actual nivel de gastos en salud pública (US\$93 per cápita y el 3% del PIB en 1994) no es suficiente para pagar una lista global de prestaciones de salud para el 76% de la población que depende exclusivamente del SUS. Con el costo del programa más moderado de beneficios de seguros de salud privados, costaría entre US\$15.000 millones y US\$20.000 millones si se ofreciera a los 110 millones de habitantes que dependen exclusivamente del SUS. En estos momentos, el racionamiento se logra por medio de topes sobre los servicios y presupuestos, sistema éste sumamente ineficiente e injusto, pues los más pudientes tienen más éxito en violar las listas de espera y aprovechar los escasos recursos del sistema. A pesar de la estrictez de presupuestos y de las restricciones al acceso, los beneficiarios de seguros privados, que son personas de clase media y superior, continúan usando gratuitamente el SUS.

<p>CUADRO I-4</p> <p>Deficiencias del actual Sistema Unificado de Salud (SUS)</p>	
Financiamiento	<p>El financiamiento público es insuficiente para ofrecer el programa típico de beneficios de salud a personas de ingresos medios del país. El financiamiento es muy inestable, variando hasta en un 50% en periodos muy cortos.</p> <p>Los precios pagados a los proveedores son demasiado bajos para cubrir los costos, el mantenimiento, la depreciación y las innovaciones; los precios están distorsionados y no ofrecen incentivos para alcanzar eficiencia en las asignaciones; incluso existen incentivos perniciosos que producen servicios poco eficaces en función del costo.</p> <p>No existe una política coherente de inversión, particularmente en lo referente a equipos. Las transferencias federales a los estados y municipios no tienen en consideración los perfiles epidemiológicos ni las diferencias en ingresos.</p> <p>Los servicios de salud pública no recuperan ningún costo de los aseguradores de pacientes que cuentan con seguro privado; no se hacen copagos, no existen deducibles, cuotas de moderación o cargo alguno por comodidades físicas.</p> <p>A las personas naturales y jurídicos se les permite deducir los costos del seguro de su renta a los fines de la tributación.</p>
Competencia	<p>Los proveedores públicos tienen ventaja porque, además de recibir el pago por los servicios prestados, obtienen presupuestos adicionales para sueldos y otros insumos. Aunque los pacientes están en libertad de escoger entre proveedores públicos y privados, no tienen acceso a información sobre la calidad que recibirían, para tomar una decisión bien informada.</p>
Regulación	<p>Los aseguradores privados no están regulados y emplean una selección negativa de riesgos.</p> <p>La calidad de la atención prestada por el sector privado no es supervisada ni regulada, incluso cuando la paga el SUS.</p> <p>La auditoría y el control gubernamentales de los proveedores privados y públicos son ineficaces.</p>
Autonomía	<p>Muchos municipios son demasiado pequeños y carecen de la estructura administrativa para asumir las responsabilidades del sector salud; por otro lado, los estados han asumido demasiado poca responsabilidad en la planificación, administración y financiamiento de este sector. Los servicios de salud pública carecen de autonomía y son dirigidos directamente por los gobiernos municipales y estatales.</p>
Administración	<p>La administración profesional y los sistemas de gerencia adecuados de los servicios de salud pública son deficientes, y carecen de incentivos para una eficiencia interna. Los hospitales privados bajo contrato también suelen estar mal administrados.</p>

1.38 Segundo, la insuficiencia crónica de financiamiento ha llevado al deterioro de las instalaciones, la escasez de insumos esenciales y la remuneración deficiente de profesionales, lo que da lugar a ineficiencias, mala calidad de la atención, una fuerza laboral desmoralizada y fraudes. Desde 1987, las inversiones de capital en el sector salud disminuyeron el 37%. Los hospitales en general están más deteriorados que los centros y puestos de salud. Una gran parte de sus equipos básicos necesitan reparación, entre ellos equipos fundamentales como: aparatos de rayos-X, carritos de anestesia, iluminación para quirófanos, calderas, lavanderías y aparatos de cocina. Muchos hospitales también sufren el deterioro de su planta física, como los sistemas de fontanería, enfriamiento, sanitarios y aire acondicionado. Estos obstáculos a su vez reducen la productividad (por ej., estadías excesivas en el hospital y

mayores costos) y la calidad de la atención, y presentan riesgos de seguridad tanto para el personal como para los pacientes (por ej., fugas de radiación, infecciones nosocomiales, etc.).

- 1.39 Tercero, el gobierno federal no ha podido regular adecuadamente la acción del sector privado a fin de controlar la selección desfavorable del riesgo, la calidad de los servicios que adquiere, y controlar el fraude. A pesar de la importante función del sector privado tanto en el suministro como en el financiamiento de los servicios de salud, la regulación a menudo no existe o es deficiente. La calidad de la atención es inadecuada, como puede juzgarse por la tasa de mortalidad en hospitales, que ha ido en aumento desde 1991 hasta alcanzar la más alta en diez años: 2,36%.
- 1.40 Cuarto, el financiamiento de la atención de salud todavía está centralizado excesivamente en el gobierno federal, lo que impone una pesada carga sobre el presupuesto federal y no atiende adecuadamente las necesidades locales. El reembolso de los proveedores solo constituye el 49% del presupuesto del MdS, una proporción muy pequeña si se considera que el Ministerio tiene muy pocas responsabilidades de prestación de atención de salud. Los organismos federales, como la Fundación Nacional de Salud y la Agencia Farmacéutica Central, la mayoría de cuyas funciones podrían descentralizarse, todavía consumen el 25% de los recursos del presupuesto federal de salud. Aunque la Constitución ha transferido muchas responsabilidades a municipios pequeños y mal preparados para ello, no ha definido con exactitud la función de los estados, creando duplicaciones en planificación, y sembrando serias dudas sobre la forma en que se financiará y controlará el sistema.
- 1.41 Quinto, el sector público y muchos hospitales filantrópicos están mal administrados, con: i) insumos inadecuados (es decir, los recursos humanos están sumamente sesgados en favor de los médicos); ii) precios de adquisición de equipos superiores a los promedios del mercado; iii) absentismo generalizado, que se refleja en baja productividad del personal; iv) niveles estrechos de autonomía en la administración de los hospitales; v) problemas de responsabilidad (los gerentes suelen ser nombrados sobre la base de criterios políticos), y vi) programas subdesarrollados de garantía de calidad.

2. Política del gobierno para el sector salud

- 1.42 Tan pronto como el gobierno del Presidente Cardoso asumió el poder en enero de 1995, el Ministro de Salud solicitó la ayuda del Banco para responder a la crisis de atención de salud ya descrita aquí. El diálogo resultante llevó al gobierno a preparar el proyecto aquí propuesto con iniciativas de política sobre salud para hacer los ajustes estructurales en los campos de financiamiento, gestión e inversión: i) garantizando una compensación adecuada a los proveedores de atención de salud y eliminando los atrasos a fin de que las instituciones filantrópicas no abandonen el sistema de

salud pública; ii) protegiendo el sistema contra el ulterior deterioro de sus activos; iii) equiparando el sistema con las restricciones en ingresos; iv) duciendo el fraude; v) mejorando la calidad de la atención; vi) mejorando la uniformidad en la distribución de los recursos, y vii) controlando los costos. En los capítulos II y III se describen las medidas específicas a estos efectos.

- 1.43 Si se ejecuta con éxito el Programa de Reforma del SUS, para el año 2000: i) la cobertura del sistema continuaría siendo universal, pero ii) el alcance de los beneficios de salud financiados por el SUS sería compatible con los ingresos del sector salud, y se favorecerían más intervenciones eficientes en función del costo; iii) el financiamiento seguiría proviniendo de los impuestos y subsidios a los pobres, pero los estados y los municipios asumirían más responsabilidad, se pediría a los aseguradores privados que pagasen los servicios suministrados a sus beneficiarios al amparo del SUS, y no se les permitiría discriminar en la selección de beneficiarios; iv) la asignación de capital y presupuestos ordinarios de atención de salud a los estados y municipios sería en su mayor parte automática y basada en fórmulas transparentes generadoras de equidad, que incluirían indicadores de ingresos, salud y oferta; v) los proveedores privados seguirían siendo el puntal del suministro de atención de salud pública, pero serían más responsables de la calidad de los servicios prestados; vi) los servicios hospitalarios y ambulatorios públicos recibirían autonomía administrativa y financiera y se les obligaría a competir con proveedores del sector privado; vii) los reembolsos serían suficientes para mantener el capital, y se usarían como incentivo para promover intervenciones eficaces en términos del costo; y viii) el Ministerio de Salud mantendría la función central de fijación de políticas, regulación y financiamiento, pero dejaría de realizar funciones no esenciales.
- 1.44 Aparte de las reformas aquí descritas, aún persisten dos importantes dificultades normativas que debe enfrentar el SUS a mediano o largo plazo: i) la introducción de un mejor sistema de reembolso a los proveedores (es decir, sistemas de capitación para grupos de intervenciones bien definidas, en el que se tomen en cuenta las diferencias regionales), y ii) la ampliación de la cobertura junto con la consecución del más alto nivel de ganancia posible (el proyecto avanza en este sentido mediante la financiación de la carga de enfermedades y estudios de la eficiencia en función del costo, a fin de facilitar la futura definición técnica de un grupo específico de intervenciones que serían realizadas y financiadas por el SUS).
- 1.45 El gobierno se encuentra planeando un programa decenal de reforma del sector de salud y este proyecto ofrece soluciones parciales a las deficiencias descritas. El proyecto presente viene a ser el primero en una serie de dos o tres operaciones traslapadas que procuran corregir los problemas descritos, preservando y mejorando

al mismo tiempo las características positivas del Sistema Unificado de Salud del Brasil.

- 1.46 Si se adoptan estas reformas de política, el SUS puede evolucionar hacia un sistema de atención médica más eficiente, justo y de mejor calidad.

3. Política gubernamental para la descentralización del sector salud

- 1.47 Aunque el REFORSUS no es un proyecto de descentralización, su ejecución se incluirá en el proceso de descentralización del sector salud que ya está en marcha en el Brasil. La introducción de una mayor autonomía en el sistema de salud ha dado lugar a una mayor flexibilidad en la asignación de recursos a nivel local. Es más, como parte del proceso de descentralización, el gobierno federal autorizó a los estados a determinar la manera en que éstos pueden distribuir los recursos federales entre atención ambulatoria y hospitalaria. Como resultado, los gastos por hospitalización han disminuido y los correspondientes a servicios ambulatorios han aumentado. Esto señala que los estados están haciendo más hincapié en la atención ambulatoria, con los posibles ahorros que ello entraña para el sistema y un uso más eficiente de los recursos.
- 1.48 El MdS le ha presentado al gobierno una propuesta para un nuevo reglamento que rija el proceso de descentralización del sector salud. La "Norma Operacional Básica" de 1996 (NOB/96) mejora el grado de autonomía de los municipios y estados. El proceso de descentralización está camino de alcanzar más coherencia entre diferentes niveles del gobierno. La planificación y programación a nivel estatal debe tener en cuenta los planes municipales, y el proceso de revisión y aprobación de planes y programas abarca los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).
- 1.49 Los recursos financieros disponibles para el suministro de servicios ambulatorios y hospitalarios están vinculados a topes fijados previamente (presupuestos globales) para cada estado y municipio; el tope estatal incluye todos los topes financieros para sus municipios respectivos, independientemente de su propio grado de autonomía. Los presupuestos propuestos para estados y municipios deben ser presentados a la Secretaría Estatal de Salud (SES), y todos los niveles de gobierno participan en su aprobación. Más importante aún, las transferencias de los presupuestos globales están sujetas a acuerdos de cumplimiento con condiciones específicas de autonomía administrativa, financiera y gerencial establecidas por ley.
- 1.50 No existe un método único para determinar los topes presupuestarios sobre la atención hospitalaria; algunos estados emplean una programación basada en el número previsto de ingresos multiplicado por un cargo promedio de hospitalización, Autorización de Ingreso Hospitalario (AIH), basado en observaciones anteriores; otros usan una estimación de la cobertura de atención de salud, etc. Estos

métodos de distribución de los recursos de atención de pacientes hospitalizados tiende a favorecer a los municipios o los estados, en los que se ofrece atención más especializada y en los que su composición de casos hace que la AIH promedio sea más alta que en los que no se recalca el suministro de atención sumamente especializada. En el caso de la atención ambulatoria, la programación casi siempre se basa en patrones pasados; únicamente los estados de Paraná, Pernambuco y Minas Gerais introdujeron recientemente un sistema de programación de la atención ambulatoria. En este momento, Mato Grosso, Alagoas y São Paulo están trabajando en la formulación de su propia metodología.

- 1.51 Los topes financieros para la hospitalización han sido reducidos del 10% al 9% de la población durante el primer semestre de 1995. El proceso se hizo gradualmente, corrigiendo diferencias entre el tope estimado y el nivel realmente suministrado de hospitalizaciones entre enero y junio de 1995. Además, los topes presupuestarios de los estados han sido congelados; en estos momentos solo se hacen ciertas excepciones en circunstancias especiales. A los estados se les permite sobrepasar su tope de gastos asignado, con un margen del 5% en los estados del sur y del 12% en los del nordeste. Estos márgenes compensan las variaciones en la atención de urgencia, medicinas y nuevos programas de salud. El MdS aplica estas reglas para ofrecer incentivos por medio de la programación y eficiencia en el uso de los recursos.
- 1.52 La NOB/96 propone que los recursos financieros para las actividades descentralizadas, como vigilancia epidemiológica, control de enfermedades y medidas de salud pública, sean transferidos a los estados como presupuestos globales.
- 1.53 Los presupuestos de inversión han sido asignados por un proceso de negociación solamente. Sin embargo, durante 1995, el 50% de los niveles presupuestarios de inversión corresponde a los niveles de población de los estados; en la actualidad el MdS quiere adoptar esta medida para la distribución del presupuesto de inversión. La otra mitad deberá dar margen a la negociación a nivel "de comité tripartito", y también se debiera distribuir conforme a indicadores económicos y de salud. El proyecto REFORSUS elabora una fórmula para distribuir los fondos de inversión entre los estados con base en indicadores económicos, como el ingreso per cápita, salud y otros. Esto evitará que se discrimine contra los estados más pobres y a éstos se les dará la oportunidad de presentar propuestas de proyectos de inversión antes de que se agoten los fondos por la rápida participación de estados más avanzados (véase el párrafo 3.8).
- 1.54 El proceso de transferencia de recursos para atención de salud a los estados y municipios responde al nivel de autonomía que éstos han alcanzado. Las subvenciones federales a "municipios prestadores", que no tienen autonomía, van directamente al estado de acuerdo con su propio nivel de autonomía; de lo contrario, el gobierno federal le paga a los proveedores directamente. Los

municipios "gestores" pueden recibir tres tipos diferentes de subvenciones globales: i) Los municipios "gestores" de atención ambulatoria básica pueden recibir la *Plataforma Ambulatorial Básica* (PAB). La PAB es un subvención global transferido a los municipios en virtud de contratos de gerencia específicos y consiste en un valor per cápita para un grupo limitado de intervenciones ambulatorias; las subvenciones para PAB representan el 25% de los gastos totales en servicios de salud y el 50% de todos los servicios ambulatorios. Corresponde a una capitación mensual de \$1 por individuo; ii) la Sección Asistencial de Referencia (SAR) es una transferencia de subvenciones en bloque basada en una programación aprobada por el Comité Bipartito, e incluye atención quirúrgica ambulatoria e intervenciones de diagnóstico más complejas que los de la PAB; y iii) los pagos por intervenciones de diagnóstico ambulatorias y atención hospitalaria (AIH y SIA/SUS) se pueden transferir a un presupuesto global para atención ambulatoria y hospitalaria, basados en la programación aprobada por el Comité Bipartito, el Tripartito y la SES. Los pagos corresponden a las tarifas mínimas de reembolso definidas en el MdS.

- 1.55 El proceso de descentralización en la NOB/96 está proponiendo el nivel de tarifas de reembolso del MdS que se usarán como precios mínimos, dándole a los estados y municipios flexibilidad para introducir diferencias sobre los niveles mínimos de acuerdo con prioridades regionales, y financiarlos con recursos locales. Aunque el proceso de descentralización introducirá más responsabilidad y mejoras financieras y administrativas, también puede mitigar el efecto diferencial de los precios que está proponiendo el proyecto REFORSUS para aumentar la cobertura de una "lista A" de intervenciones sumamente ineficaces en función del costo. A menos que los "contratos de gerencia" exigidos por las transferencias de subvenciones globales se conviertan en "instrumentos obligatorios", la prestación de intervenciones sumamente eficaces en función del costo podrían verse "excluidas" por una atención menos eficaz, más costosa y más especializada. Esto se debe a que si los estados y municipios tuvieran la posibilidad de cambiar los precios sobre el nivel mínimo fijado por el MdS, podrían cambiar los precios relativos con recursos locales que favorecen la atención especializada.

I. Estrategia del BID y el Banco Mundial

- 1.56 El proyecto aquí propuesto es compatible con la estrategia general propuesta recientemente por el BID para los sectores sociales (documento CP-1029) aprobado por el Comité de Programación el 1 de mayo de 1996, y con la estrategia del Banco para el sector salud de Brasil, descrita en el Informe de País (documento GN-1897) presentado al Directorio Ejecutivo en febrero de 1996. A la luz del Octavo Aumento, la estrategia del Banco para los sectores sociales insiste en respaldar al gobierno en su labor de resolver importantes deficiencias del sector y promover una eficiencia y metas de equidad a largo plazo, con énfasis en mejorar la calidad y cobertura de los servicios descentralizados para poblaciones

urbanas y rurales de bajos ingresos, en combinación con comunidades locales y la sociedad civil.

- 1.57 La estrategia general del BID para los sectores sociales destaca la importancia de: i) definir claramente los objetivos; ii) mejorar la distribución de los recursos, con hincapié en la flexibilidad del presupuesto y una administración adecuada; iii) enfocar la descentralización con cautela; y iv) evaluar el grado de preparación para la reforma en las instituciones existentes. La estrategia del BID para el sector salud en el Brasil trata de: i) introducir mecanismos que contribuyan a aliviar las distorsiones en el SUS; ii) aumentar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud y promover el suministro de intervenciones eficaces en función del costo, incluida la atención preventiva; iii) reforzar la gestión del suministro de servicios de atención de salud a nivel estatal y municipal, mejorando su capacidad administrativa y financiera para ofrecer esos servicios; iv) fortalecer la capacidad del gobierno federal y los estados para mejorar la calidad de la atención; y v) mejorar mecanismos de transferencia fiscal que incorporen criterios para una distribución equitativa de los recursos. El proyecto es compatible con la estrategia general y la estrategia específica para el Brasil, según se explica con más detalles en el capítulo II (párrafo 2.12).
- 1.58 El Gobierno del Brasil ha presentado un solo proyecto para el financiamiento paralelo por el Banco Mundial y el BID. Este proyecto es compatible con los análisis económicos más recientes del sector salud en el Banco Mundial en general (Informe de Desarrollo Mundial de 1993) y en el Brasil (La Organización, Suministro y Financiamiento de Atención de Salud en el Brasil (Informe 12655-BR) y el Sector Privado y los Servicios Sociales en el Brasil: Quién Paga, Quién Suministra, Quién Financia (Informe 13205-BR)), particularmente con respecto a los problemas de la financiación deficiente, falta de equidad, regulación inadecuada, fraude y mala calidad de la atención médica.
- 1.59 El proyecto también es compatible con la estrategia del Banco Mundial para el sector salud del Brasil, según se describió en la Estrategia de Ayuda a los Países (EAP). En el sector salud, la meta del Banco Mundial es ayudar al gobierno i) a mejorar la gestión, fiabilidad financiera y calidad de los sistemas de atención de salud pública que sirven a los pobres; ii) llevar a cabo su papel de proveedor de bienes públicos; y iii) promover las inversiones para grupos subatendidos y vulnerables. En el EAP, un préstamo para reformas de salud se considera de prioridad suficiente como para incluirlo en la cartera del Banco, incluso en el caso pesimista de una inflación elevada y bajo crédito general.

II. CONCEPTO Y COMPOSICIÓN DEL PROYECTO

A. Objetivo del proyecto

- 2.1 El objetivo principal del proyecto consiste en ampliar y mejorar el suministro de servicios de salud al amparo del Sistema Unificado de Salud (SUS), que es la única fuente de atención de los pobres, mediante la inversión en rehabilitación de infraestructuras y equipos, así como la introducción paralela de reformas de políticas que mejorarían la sostenibilidad financiera, equidad, eficiencia y administración del SUS.
- 2.2 A corto plazo, se eliminarían todos los atrasos del SUS, las tarifas de reembolso aumentarían a un nivel suficiente para mantener a los proveedores filantrópicos en el SUS y cubrir los costos de operación de los servicios ambulatorios y hospitalarios de éste, y se controlaría el fraude.
- 2.3 A medio y largo plazos, el proyecto: i) aseguraría una compensación adecuada para los proveedores de atención de salud, estableciendo para ello tarifas de reembolso suficientes para mantener y reponer el capital; ii) protegería el sistema contra el deterioro ulterior de sus activos; iii) equipararía el sistema con las limitaciones sobre ingresos, estableciendo un programa de recuperación de costos de las personas con seguro privado y seleccionado varias intervenciones más eficaces en función del costo, para financiarlas por medio del SUS; iv) reduciría el fraude y mejoraría la calidad de la atención estableciendo auditorías sistemáticas y la acreditación periódica de hospitales y sistemas de garantía de calidad; y v) controlaría los costos adoptando presupuestos globales para los estados y municipios.
- 2.4 Para ampliar y mejorar el suministro de servicios de atención de salud, el gobierno iniciaría una serie de inversiones en cuatro campos prioritarios: salud materno-infantil, atención de urgencia, red de bancos de sangre y laboratorios de salud pública. La REFORSUS financiará subproyectos de inversiones para: i) rehabilitar y equipar los servicios hospitalarios y ambulatorios del sistema público y privado sin fines de lucro del SUS; ii) establecer 2.500 equipos de salud familiar para atender a diez millones de personas en las zonas más pobres o más aisladas, introduciendo cambios en el modelo de suministro de atención de salud, mejorando los programas educativos de la comunidad y recalcando la atención preventiva; y iii) mejorar la capacidad administrativa.

B. Componentes y actividades

- 2.5 El proyecto duraría cuatro años y constaría de dos componentes: i) un fondo de inversión para respaldar la rehabilitación,

adquisición de equipos y sistemas de administración para hospitales y servicios ambulatorios; y ii) desarrollo institucional en campos críticos para el éxito de la inversión, principalmente el fortalecimiento de la capacidad del MdS y los estados y municipios en su función como compradores de atención de salud.

- 2.6 Componente I - Mejora del suministro de atención de salud en el Sistema Unificado de Salud (SUS). (Equivalente de US\$626,4 millones). El componente mejoraría el acceso, cobertura y calidad de la atención prestada por el SUS, que es la única fuente de atención para los pobres. El proyecto financiaría los subproyectos propuestos, en forma competitiva, por los proveedores públicos y filantrópicos de atención de salud, incluidos los estados, municipios, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones de base comunitaria. El proyecto financiaría subproyectos en los campos siguientes:

- 1) Rehabilitación y equipos, para prevenir el ulterior deterioro de la infraestructura y recuperar el déficit tecnológico causado por años de financiamiento inadecuado, mala administración y falta de mantenimiento. El proyecto no financiaría nuevas obras de construcción, excepto en asentamientos nuevos en los que no existan instituciones, ya sean públicas o privadas, y cuando esté complementada por una reducción paralela de capacidad en otros sitios. El proyecto también financiaría subproyectos para consolidar los hospitales e instituciones ambulatorias subutilizadas, en instituciones viables integradas, y otros para transformar instalaciones en instituciones con más capacidad para resolver problemas de salud. Las compras de equipos se justificarían sobre la base de i) restablecer la capacidad del sistema; ii) poner nuevamente en uso los recursos complementarios ociosos; o iii) reducir el costo de una intervención que ya se está ofreciendo. Se estima que el 55% de los recursos del proyecto se usarían para la rehabilitación de instituciones de atención ambulatoria, y el 45% para restablecer la capacidad de los hospitales. El proyecto financiará la inversión en los hospitales regionales del sector público que quedaron sin terminar durante la crisis fiscal de 1992-1993, y que son importantes centros de referencia. El MdS analizará caso por caso las inversiones requeridas en equipos más costosos, en los cuales se gastará un máximo del 10% de los recursos de este componente. Para asegurar que las inversiones en instituciones de salud pública no absorban todos los recursos de inversión, el MdS ha preasignado el 25% de esos fondos a instituciones privadas sin fines de lucro.
- 2) Desarrollo de gerencia y mantenimiento, para mejorar la administración de la atención de salud. El financiamiento de los subproyectos de rehabilitación y equipos estaría sujeto a la implantación satisfactoria de sistemas administrativos fundamentales: i) contabilidad de costos; ii) facturación y

recuperación de costos; iii) normas mínimas de calidad para la atención materna y de infecciones nosocomiales; y iv) manejo seguro de materiales peligrosos. El 40% del total de fondos para los subproyectos estaría disponible una vez aprobado; los fondos restantes estarían disponibles dependiendo de la ejecución satisfactoria de los sistemas administrativos mencionados. Otras mejoras de gerencia fundamentales incluyen: i) la firma de un contrato de servicios de gerencia; ii) el establecimiento de una junta de hospitales; iii) la adopción de sistemas de información administrativa para sectores clave, como contabilidad y facturación, personal, medicamentos y materiales médicos, mantenimiento, archivos clínicos, flujo y referencia de pacientes, laboratorio y sistemas de representación por imágenes; y iv) el uso de evaluaciones, estudios y otros sistemas de garantía de calidad. El proyecto también diseñaría los instrumentos jurídicos para otorgar autonomía financiera y administrativa a instituciones de atención de salud pública (o sea, estado fiduciario independiente). Por lo menos el 15% de los costos de los proyectos de inversión se debía destinar a mejoras administrativas, hasta un total de US\$500.000.

- 3) Subproyectos de salud familiar y promoción de la salud, para mejorar la capacidad de acceso y actividades de extensión en zonas subatendidas, y evitar la recarga de la atención secundaria y terciaria. El proyecto financiaría unos 2.500 proyectos de salud familiar y de trabajadores comunitarios de la salud para atender a diez millones de personas que viven en zonas pobres sin acceso a atención médica. Los subproyectos harán hincapié en un plan básico de intervenciones clínicas y de salud pública eficaces en función del costo. Todas las inversiones en rehabilitación de infraestructura y equipos para unidades básicas de salud, serán paralelas a la implantación de un subproyecto de salud familiar y promoción de la salud en esa zona. Con la nueva NOB/96, los servicios básicos de salud se van a financiar por medio de un subvención global calculado sobre la base de una capitación (Plataforma Ambulatorial Básica - PAB).

- 2.7 En un programa típico de salud familiar, los municipios contratarían el suministro de los servicios clínicos esenciales y de salud pública por cooperativas de salud familiar, instituciones comunitarias u organizaciones no gubernamentales. Estas últimas contratarían equipos de salud familiar, que tendrían flexibilidad para la composición profesional de los mismos, según el tipo de programa familiar que la comunidad considere más apropiado para su situación específica. Un grupo podría incluir un médico de cabecera, una enfermera o auxiliar de enfermería; otros equipos podrían tener trabajadores sociales y psicólogos y cinco trabajadores de salud de la comunidad por cada 1.000 familias o 4.000 personas. A su vez, los contratos de salud familiar incluirían educación en salud; vigilancia epidemiológica; atención

prenatal e infantil; inmunización; salud escolar; atención clínica general y referencias para atención especializada, así como el seguimiento respectivo. La supervisión, la capacitación en el puesto de trabajo y la educación continua se garantizarían por medio de ciertos hospitales de referencia y escuelas de medicina.

2.8 Mientras dure el proyecto, los recursos de inversión asignados a subproyectos concentrados en el suministro de las intervenciones más eficaces en función del costo, dentro de los cuatro campos prioritarios definidos por el gobierno, serán considerados como prioritarios. Las prioridades se revisarán todos los años. En cuanto a las obras de ingeniería civil sin terminar, los subproyectos financiarían exclusivamente los hospitales regionales con las cuatro especialidades básicas, que son centros de referencia necesarios y justificados. Esas inversiones también darían prioridad a mejorar la capacidad para ofrecer las intervenciones más eficaces en función del costo.

2.9 Componente II - Mejora del financiamiento y regulación de la atención de salud (equivalente a US\$60 millones). Este es un componente de desarrollo institucional que respaldaría las iniciativas gubernamentales de reforma por medio de la asistencia técnica y servicios de consultoría necesarios para ponerlas en práctica. Se concentraría en los siguientes campos críticos para sostener las inversiones propuestas: i) marco adecuado para la fijación de precios y reembolsos a los proveedores de atención de salud; ii) énfasis en una lista sostenible de beneficios de salud y un programa diferenciado de reembolsos que favorezca más intervenciones eficaces en función del costo; iii) recuperación del costo de las personas con seguro privado, y un mejor control del fraude y la calidad de los servicios; iv) control de los gastos federales en salud pública y mejora de la equidad en la distribución de los recursos; y v) descentralización.

2.10 El proyecto financiará la asistencia técnica, que incluye los servicios de consultoría, estudios epidemiológicos, institucionales, económicos, jurídicos y de otra índole. También respaldaría la creación de un consenso y la realización de actividades como publicaciones, talleres y seminarios, visitas de estudio y capacitación. Este componente incluirá lo siguiente:

1) Mejora de la sustentación financiera del SUS. El proyecto equipararía el sistema con las restricciones sobre recursos de una manera eficiente y equitativa:

a) Aseguraría la compensación adecuada a los proveedores de atención de salud, de modo que los precios del suministro de servicios de salud cubran los costos mediante el establecimiento de un sistema de monitoreo continuo de los costos de la atención de salud, y el mantenimiento permanente de los precios de la Cámara de Atención de Salud, a fin de negociar con regularidad los precios

cobrados por atención de salud (véase la Matriz de Políticas, compromisos B1, C1 y D1);

- b) protegería contra el deterioro adicional de los activos de capital del SUS, tomando decisiones sobre las inversiones de mayor prioridad y los niveles necesarios de reembolso sobre la base de exámenes anuales de los recursos presupuestarios a la disposición del SUS (véase la Matriz de Políticas, compromisos B4, C4 y D4);
 - c) equipararía el SUS con las restricciones sobre los recursos, haciendo hincapié en el suministro de un conjunto sostenible de beneficios de salud, elaborando un programa de reembolsos diferenciado que favorezca más intervenciones eficaces en función del costo en una Lista A (Prioridad 1), que representaría por lo menos el 30% de la producción. Los reembolsos de las intervenciones de la Lista A se ajustarían para cubrir los costos totales de operación, mantenimiento y capital. Los reembolsos de la Lista B (Prioridad 2) —incluido un grupo de intervenciones medianamente eficaces en función del costo— con el tiempo cubrirían del 75% al 85% de los costos, dependiendo de los recursos disponibles. La Lista C (Prioridad 3) de las intervenciones menos eficaces en función del costo, se ajustaría de acuerdo con la inflación (véase la Matriz de Políticas, compromisos B3 y C3). El proyecto también incluirá estudios sobre la carga de morbilidad y de la eficacia en función del costo;
 - d) generaría ingresos nuevos y más estables para la salud, incluyendo la introducción de la recuperación de los costos de la atención suministrada por el SUS a pacientes con seguro privado, si se aprueba la legislación propuesta, y crearía sistemas para mejorar la actual campaña de control de fraudes (véase la Matriz de Política, compromiso B5);
 - e) controlaría los costos y reduciría la inflación en los servicios de atención de salud: i) estableciendo presupuestos globales de salud para los estados y municipios (véase la Matriz de Políticas, compromisos B7, C7 y D7); y ii) creando un mecanismo para evaluar y administrar la divulgación de nuevas tecnologías en el SUS (según se reflejen en los criterios de elegibilidad para subproyectos de equipos).
- 2) Mejora de la capacidad del MdS para regular, evaluar y controlar. El proyecto:
- a) Reduciría el fraude mediante: i) el mantenimiento y establecimiento del Sistema Nacional de Auditoría a nivel federal, estatal y municipal; ii) la mejora del sistema de información administrativa para reembolsos a fin de

producir informes automáticos sobre registros inválidos; y
iii) la imposición de sanciones y medidas correctivas
cuando hagan falta (véase la Matriz de Políticas,
compromisos B6, C6 y D6);

- b) mejoraría la calidad de la atención adoptando y divulgando normas para la atención materna, el control de infecciones nosocomiales, el monitoreo y reducción de la mortalidad en hospitales y la seguridad en el manejo de desechos y materiales médicos peligrosos. La puesta en práctica de las medidas específicas para alcanzar estas normas se exigirá por medio de los criterios de elegibilidad para subproyectos de inversión.
- 3) Mejora de la autonomía. Promover y respaldar la descentralización, para fortalecer la capacidad de los estados y municipios para actuar como administradores y compradores de atención de salud, a fin de reducir la proporción de la responsabilidad federal en el sistema de salud, hacer que los servicios reflejen mejor las necesidades de los beneficiarios, ofrecer mejor rendición de cuentas y control y evitar los altos gastos generales relacionados con el actual enfoque centralizado. Con el proyecto, el MdS:
- a) proporcionaría acceso a fondos para los municipios y estados que alcancen niveles más altos de autonomía. Los proyectos de inversión estarán disponibles únicamente en aquellos estados y municipios que tengan cierto grado de autonomía, y ofrecerán asistencia técnica a los que todavía no hayan logrado autonomía;
 - b) concedería y apoyaría una mayor independencia financiera y administrativa por los estados y municipios. Al final del proyecto, por lo menos 13 estados y 1.200 municipios tendrían autonomía parcial, por lo menos 8 estados y 400 municipios tendrían autonomía avanzada, y un mínimo de 4 estados tendrían autonomía total, incluida la de administrar el control de enfermedades transmisibles y la adquisición de medicamentos. Los estados y municipios autónomos recibirían subvenciones globales automáticas para el sector salud, que tendrían libertad para administrar; el 60% de los recursos federales para salud se transferiría automáticamente a los estados y municipios en forma de subvenciones globales (véase la Matriz de Políticas, compromisos B7, C7 y D7);
 - c) establecería un sistema para la distribución transparente y equitativa de los recursos entre los estados y los municipios, incluida la adopción de fórmulas para asignar automáticamente los presupuestos de gastos ordinarios y de inversión sobre la base del ingreso e indicadores de salud,

suministro y gestión (véase la Matriz de Políticas, compromiso B8); y

- d) respaldaría la creación de consorcios intermunicipales y sistemas de salud integrados entre los municipios pequeños, a fin de que consoliden los riesgos y los recursos y puedan obtener economías de escala.

C. Vínculos entre los componentes

- 2.11 El préstamo para inversiones (Componente I) estaría vinculado de varias maneras al programa de reformas (Componente II). Primero, mediante la inclusión de indicadores de la realización de reformas específicas como criterios de elegibilidad para subproyectos de inversión. De hecho, la aprobación de todos los subproyectos estará sujeta no solamente a criterios específicos relacionados con el tipo de la inversión, sino también a criterios de elegibilidad generales destinados a: i) promover la descentralización y la autonomía por medio de subproyectos de inversión elegibles únicamente en aquellos estados y municipios con cierto grado de autonomía; ii) mejorar la calidad de los servicios exigiendo que todas las propuestas de subproyectos incluyan compromisos formales de que se tomarán medidas específicas para alcanzar normas adecuadas para, entre otras cosas, la atención materna, el control de infecciones nosocomiales y la seguridad en el manejo de materiales peligrosos; y iii) tomar medidas para controlar el fraude.
- 2.12 Segundo, las inversiones también estarían vinculadas al programa de reformas mediante: i) la adopción, por el MdS, de iniciativas para reformas antes de las negociaciones, y la presentación durante éstas, de pruebas de que se cumplieron los compromisos contraídos (Anexo II-1); ii) condiciones impuestas por los Bancos para que los compromisos en cuanto a recursos para los nuevos subproyectos estén sujetos a la adopción satisfactoria de reformas de política por el MdS (véase el Anexo II-1 y el párrafo 3.32); y (iii) acuerdos anuales sobre los requisitos financieros del SUS y la ejecución satisfactoria del presupuesto y programa de inversión del SUS correspondientes al año anterior.

D. Compatibilidad del programa con la estrategia del BID

- 2.13 El diseño del proyecto responde a la estrategia del BID en el sector según se describe en el capítulo I (párrafo 1.59) por medio de las actividades siguientes:
 - 1) Se espera que el proyecto REFORSUS reduzca las distorsiones en las tarifas de reembolso a proveedores del SUS, ajustándolas a niveles suficientes para cubrir los costos del suministro de los servicios. También apoya la introducción de medidas para la recuperación de costos de pacientes del SUS con seguro privado, sujeto a la aprobación de la legislación pertinente.

Una vez aprobada la ley del caso, el proyecto financiaría la implantación del sistema de información necesario para hacer cumplir la medida. También financiaría la capacitación necesaria para administrar y supervisar el sistema. Además, el proyecto ayudaría en el diseño e implantación de sistemas de información destinados a controlar el fraude, iniciativa necesaria para mejorar la eficiencia del gasto federal en salud. También se tratará de promover una distribución equitativa de los recursos de inversión.

- 2) El proyecto apoyará la flexibilidad financiera y administrativa de los estados y municipios que reciban transferencias de subvenciones globales para pagar el suministro de servicios de salud. El proyecto destaca la importancia de aumentar la proporción de los recursos presupuestarios federales transferidos como subvenciones globales. El proyecto REFORSUS enfoca la descentralización con cautela, ofreciendo asistencia técnica a los municipios y estados que promuevan la mejora de la capacidad gerencial, de planificación y administrativa de los gobiernos estatales, municipales y locales. El refuerzo de las técnicas de planificación y programación necesarias para la descentralización es necesario para que éste sea un proceso válido para mejorar el suministro de servicios de salud. La asistencia también tratará de fortalecer la aptitud de los gobiernos locales para solicitar subvenciones para inversión.
- 3) El proyecto REFORSUS promoverá la aprobación de proyectos de inversión que mejoren la aptitud de los proveedores de servicios de salud para ofrecer los servicios más eficientes en función del costo. Además, al respaldar la adopción de cambios en las políticas sobre tarifas de reembolso, el proyecto tratará de recalcar el suministro de intervenciones eficaces en función del costo, incluida la atención preventiva.
- 4) El proyecto REFORSUS apoya el diseño y la implantación de un programa de garantía de calidad que el MdS ya ha iniciado. El proyecto insistirá en la aplicación de esas medidas por medio de los criterios de elegibilidad para los subproyectos de inversión y la evaluación de indicadores específicos de garantía de calidad.
- 5) El proyecto REFORSUS ofrecerá asistencia técnica a aquellos municipios y estados que deseen aumentar su nivel de autonomía, pero que no pueden cumplir los requisitos necesarios del MdS. El proyecto ayudará a los municipios y estados a mejorar su aptitud para diseñar y ejecutar contratos de servicios gerenciales relacionados con las subvenciones para inversión del REFORSUS, y con transferencias de subvenciones globales del gobierno federal. Asimismo, el proyecto REFORSUS insiste en la importancia de una contabilidad de los presupuestos globales para una parte gradualmente mayor de transferencias federales a los estados y municipios. Al final del proyecto, el 60% de las

transferencias federales a los estados y municipios corresponderá a presupuestos globales.

E. Costo y financiamiento del proyecto

1. Costo del proyecto

- 2.14 El costo total del proyecto se calcula en el equivalente de US\$750 millones. A continuación se desglosan los costos del proyecto.

CUADRO II-1 Costos del proyecto y plan de financiamiento (US\$ millones)					
	BID	BIRF	Local	Total	%
Administración y supervisión	23,1	12	---	35,1	4,7
2. Costos directos	323,4	263	100	686,4	91,5
2.1 Prestación de servicios de salud	293,4	233	100	626,4	83,5
2.1.1 Obras de rehabilitación	137,3	121	52	310,3	41,4
2.1.2 Equipos	127,4	112	48	287,4	38,3
2.1.3 Gerencia y mantenimiento	28,7	---	---	28,7	3,8
2.2 Financiamiento y regulación de servicios de salud (desarrollo institucional)	30	30	---	60	8,0
3. Imprevistos	---	25	---	25	3,4
4. Inspección y vigilancia por el BID	3,5	---	---	3,5	0,4
TOTAL	350	300	100	750	100,0
Porcentaje	46,7	40,0	13,3	100,0	

- 2.15 Las estimaciones de costos y el tamaño promedio de cada subproyecto reflejan un consenso de los especialistas del sector y la experiencia acumulada por el prestatario durante su estudio de las necesidades en materia de rehabilitación del sector salud en los estados y municipios. Se espera que el proyecto financie alrededor de 1.500 subproyectos, en el transcurso de cuatro años, en 26 estados; es decir, 300 subproyectos por año. Esta cifra parece ajustarse a la realidad cuando se compara con la capacidad del MdS, las secretarías estatales de salud, el Banco del Brasil y el BNDES. Los costos administrativos varios (instalación y operación de la UGP y las URGP, así como los honorarios administrativos del BB y del BNDES), los servicios de consultoría (incluida la supervisión, auditorías y evaluaciones ex post) y de mantenimiento, y los equipos comprados con los recursos del préstamo, están basados en el costo promedio de la asistencia técnica suministrada por

organismos de la ONU y en los costos de mercado prevalecientes de consultores y servicios de capacitación en el Brasil.

2. Plan de financiamiento

- 2.16 El préstamo por el equivalente de US\$350 millones propuesto por el BID representaría el 46,7% de los costos totales del proyecto. Los beneficiarios locales, entre ellos los organismos municipales y estatales de salud pública, los proveedores filantrópicos de atención de salud y las organizaciones comunitarias, contribuirían con US\$100 millones (13,3% del costo total del proyecto).
- 2.17 El BIRF financiaría el proyecto en forma paralela con el Banco, con un préstamo equivalente a US\$300 millones, que representaría otro 40% del costo total del proyecto. El prestatario propondría subproyectos que serían financiados por cada institución, pero se aseguraría de que los desembolsos se efectuaran en forma paralela, de manera que en cualquier momento la proporción de fondos desembolsados por cada cofinanciador no varíe más del 10%.
- 2.18 El préstamo propuesto se suministraría con los términos siguientes:

Cantidad del préstamo	US\$350 millones
Plazo de amortización	25 años
Periodo de desembolso	4 años
Compromiso de recursos	3,5 años
Tasa de interés	Variable
Inspección y vigilancia	1%
Comisión de crédito	0,75% de los recursos no desembolsados

III. ARREGLOS INSTITUCIONALES, PUESTA EN MARCHA Y GESTIÓN

A. Gestión y coordinación del programa

- 3.1 El proyecto será coordinado por el MdS, que establecerá una Unidad de Gestión del Proyecto (UGP) (federal) y tres unidades regionales de gestión del proyecto (URGP). El MdS concertará un acuerdo con el Banco del Brasil (BB) y el Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES), que administrarán todos los contratos y transacciones financieras. La UGP será responsable directamente ante el Ministro de Salud, y ofrecerá asistencia técnica a los estados y al Comité Tripartito de Gestión (CTG), integrado por representantes del Ministerio de Salud y de las Secretarías Estatales de Salud.
- 3.2 La UGP: i) velará por la gestión eficiente del proyecto, incluido el mantenimiento de sus registros y la preparación de informes regulares de ejecución; ii) mantendrá una base de datos de los costos unitarios estándares de las obras de ingeniería civil, equipos y consultores; iii) contratará auditorías financieras y de adquisiciones y una evaluación ex post; iv) ejecutará directamente el Componente II -Mejora del Financiamiento y Regulación de la Atención de Salud; v) evaluará proyectos cuyo costo estimado sea superior a US\$1 millón; y vi) supervisará las unidades regionales de gestión del proyecto (URGP).
- 3.3 Para desempeñar estas funciones, la UGP dotará de personal a tres unidades pequeñas (Operaciones, Gestión Financiera y Apoyo y Estudios de Política, con un total de 25 empleados), y dependerá de los servicios gerenciales del proyecto que suministrarán el Banco del Brasil y el BNDES para el componente de inversión, y el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) para la ejecución del componente II 8/.
- 3.4 El grupo de Operaciones (5 a 6 profesionales) respaldará la promoción y evaluación del proyecto, trabajando con las URGP, los proponentes, el BB y el BNDES. La Unidad de Gestión Financiera (10 a 15 profesionales) será el punto central de la contratación (acuerdos con los estados, municipios y entidades filantrópicas que reciben los fondos del proyecto), adquisición, gestión de desembolsos y cumplimiento de requisitos de informes de los Bancos, entre otras responsabilidades. El Grupo de Apoyo de Política, además de supervisar los términos de referencia de los diferentes estudios que contratará el Consejo Nacional de Investigaciones

8/ El CNPq fue creado en 1951 como organismo descentralizado del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Su objetivo principal es fomentar el progreso científico tecnológico mediante el desarrollo de recursos humanos y el apoyo a la investigación.

(CNPq), será responsable de analizar y asimilar los resultados de estos estudios, asesorando y ayudando al Secretario de Asistencia de Salud y al Ministro de Salud en la formulación y ajuste de políticas afines del sector salud.

- 3.5 Las URGP: i) informarán a los beneficiarios potenciales en cuanto a los requisitos y criterios de evaluación del proyecto; ii) ofrecerán o contratarán asistencia técnica para preparar subproyectos; iii) evaluarán subproyectos y prepararán los informes de evaluación correspondientes; iv) supervisarán y/o contratarán la supervisión de la ejecución de subproyectos; y v) mantendrán registros adecuados de los subproyectos respectivos.

B. Directrices operacionales

- 3.6 La ejecución del proyecto se regirá por regulaciones operacionales estipuladas en el Manual de Operación acordado con el MdS. En este Manual se define el ciclo del proyecto, su estructura administrativa y procedimientos para la identificación, preparación, presentación, procesamiento y evaluación de subproyectos, así como el cofinanciamiento y arreglos para su ejecución. Como condición previa al primer desembolso, el prestatario, por intermedio del MdS, presentará prueba de que ha entrado en vigor el Manual de Operación.
- 3.7 La UGP publicará una serie de solicitudes de propuestas competitivas, por región y tipo de subproyecto. Todos los participantes que cumplan los requisitos, es decir, las Secretarías Estatales de Salud, municipios, consorcios intermunicipales e instituciones filantrópicas proveedoras de servicios de atención de salud, organizaciones comunitarias y ONG prepararán y presentarán propuestas de subproyectos.
- 3.8 A fin de asegurar que las regiones más desarrolladas no absorban todos los fondos disponibles, el MdS examinará y definirá, una vez al año, los topes para los recursos de inversión que se distribuirán entre los estados, sobre la base de: i) población y ii) el valor de los servicios prestados por el sector público y entidades sin fines de lucro, por estados, comparados con los suministrados en el estado en el que el gasto en salud sea el más alto. Los estados y municipios más pobres con indicadores sociales y de salud inferiores a los promedios, y con poca capacidad, que presenten menos subproyectos de los que se esperaría, recibirían asistencia técnica para preparar subproyectos. La fórmula final y los resultados de la distribución de recursos por estados, serán presentados a negociación. Los recursos asignados y no utilizados por los estados dentro de un periodo de tiempo especificado, los volverá a distribuir el MdS por medio de otra llamada a licitación pública.
- 3.9 Todos los participantes que cumplan los requisitos, presentarán subproyectos siguiendo un proceso de dos etapas en el que se

racionalice el proceso de aprobación y la labor de preparación: Para todos los tipos de subproyectos, se presentaría una carta de consulta (con datos que justifiquen las inversiones solicitadas) a los Comités Bipartitos de Gestión estatales (CBG) por medio de las correspondientes Secretarías Municipales y la Secretaría Estatal de Salud (SES). Para los subproyectos de equipos y asistencia técnica, no habría que hacer más presentaciones una vez aprobados. Para los subproyectos de obras de ingeniería civil que reciban aprobación preliminar, la presentación de los estudios y diseños de factibilidad seguiría siendo requisito para la aprobación final por la entidad respectiva, según el valor de cada subproyecto, como se indica más adelante. La evaluación y aprobación de todos los subproyectos, independientemente de su categoría y prioridad, incluidas las obras no terminadas en hospitales, se llevarán a cabo en la forma resumida en el Cuadro III-1, con base en criterios transparentes aceptables para los Bancos según se establecen en el Manual de Operación, y se examinarán una vez al año. La participación de los CBG en el proceso de aprobación, a la luz de los topes sobre inversiones establecidos por el Estado, garantizará una distribución práctica de los recursos para inversión entre los proponentes competidores con base en el consenso obtenido.

CUADRO III-1 Resumen del proceso de examen y aprobación de subproyectos				
Cantidad	Organismo autorizante	Entidades examinadoras	Fondos entregados por	Agentes financieros
>US\$3.000.000	MdS	CBG/UGP/Bancos	MdS	BNDES
US\$1.000.000 a US\$3.000.000	MdS	CBG/SES/UGP	MdS	BB
US\$350.000 a US\$1.000.000	CBG	SES/URGP	MdS	BB
US\$50.000 a US\$350.000	CBG	SES	MdS	BB

- 3.10 Los subproyectos de rehabilitación que cuesten hasta US\$1 millón serán aprobados previamente por la SES y la URG, y autorizados a nivel estatal por el CBG existente, que incluye a representantes de las Secretarías de Salud estatales y municipales. Los subproyectos de costo más elevado se enviarán a la UGP para someterlos a análisis económicos y financieros adicionales, y su aprobación la dará el Ministro de Salud. Los subproyectos cuyo costo se estime en más de US\$3 millones, serán analizados y aprobados por el BNDES, la UGP, los CTG, el Ministerio de Salud y los Bancos.
- 3.11 Únicamente los estados y municipios con un mínimo grado de autonomía tendrán derecho a proponer subproyectos en virtud del Componente I del Programa (los que todavía no hayan recibido ningún nivel de autonomía, solo tendrían derecho a asistencia técnica para respaldar su transición a un nivel mínimo de autonomía (véase el

párrafo 2.10.3)). Las inversiones válidas en estados y municipios autónomos corresponderán a su nivel de autonomía (por ej., los estados con autonomía mínima solo recibirían recursos para inversiones en servicios básicos de salud (Plataforma Ambulatorial Básica - PAB); los estados con una autonomía avanzada (o sea, los que reciben subvenciones globales en lugar de reembolsos del SUS para todos los niveles de servicio) tendrían autoridad para aprobar subproyectos de hasta US\$3 millones.

- 3.12 Las UPGR evaluarán los subproyectos sobre la base de criterios de elegibilidad y evaluación detallados en el Manual de Operación y aprobados por el Banco. Los criterios de elegibilidad incluirán: i) el nivel mínimo de autonomía del patrocinador (por ej., municipio, estado); ii) coherencia con los planes de desarrollo del sector salud en estados y municipios; iii) los subproyectos de infraestructura deben venir acompañados de una propuesta de mejora administrativa; iv) las propuestas deben tener un programa para mejorar la calidad de la atención de salud; v) un programa para reducir el impacto ambiental y hacer una evaluación ecológica; vi) la adquisición de tecnologías adicionales, después de ser aprobada por el MdS, debe registrarse por las normas de utilización fijadas por éste; vii) evaluación del impacto esperado sobre los costos ordinarios; viii) estimación de los beneficios previstos; ix) monitoreo y evaluación, y criterios específicos para el tipo de inversión (por ej., obras, equipo, desarrollo administrativo, etc.). Al principio se dará prioridad a los subproyectos de salud maternoinfantil y atención de urgencia.
- 3.13 Para comenzar, las únicas instituciones con derecho a participar serán aquellas que presenten propuestas que incluyan los campos prioritarios enumerados en el Capítulo II y, en el caso de los servicios básicos de salud, que tengan funcionando el Programa de Salud Familiar o estén proponiendo su introducción. Las actividades requeridas para mejorar los sistemas de garantía de calidad (en todos los subproyectos, según se indicó con anterioridad) recalcarán la atención materna y el control de las infecciones nosocomiales. Se ha acordado que las obras de ingeniería civil sin terminar que se identifiquen como prioritarias, serán evaluadas sobre la misma base que otros proyectos de inversión, y tendrán que ser presentadas nuevamente a los CBG correspondientes para verificar su prioridad a la luz de los topes de los recursos de inversión del proyecto REFORSUS que se asignarán a cada estado. La elegibilidad de estos proyectos estará limitada hasta el nivel de los hospitales generales regionales. Los criterios para la adquisición de ciertas tecnologías de alto costo ^{9/} también han sido examinados explícitamente como excepciones que se considerarán a base de una necesidad bien justificada y se usarán de acuerdo con

^{9/} Equipo de MRI, CAT, angiografía, mamografía y rayos X valorado en más de US\$100.000, unidades de cobalto, aceleradores lineales, litotripsia, hemodiálisis, ambulancias.

las normas actuales y futuras del MdS, y a un costo total que no exceda del 10% de los recursos del Componente I del proyecto REFORSUS.

- 3.14 Los subproyectos se financiarán con subvenciones concedidas a las entidades proponentes, vinculados a contratos de gerencia entre la UGP y el estado o municipio correspondiente, y entre estos últimos y el beneficiario. Estos contratos establecerían metas y puntos de referencia específicos (cobertura, calidad, otros), que se alcanzarían durante cada ciclo presupuestario, usando las subvenciones globales recibidas. Los beneficiarios locales contribuirán con un promedio del 15% del costo total del subproyecto.
- 3.15 El Banco del Brasil (BB) y el BNDES se encargarán de los arreglos contractuales y, junto con las URGP, supervisarán la ejecución de los subproyectos. Después de aprobarse cada subproyecto y que la UGP entregue los fondos, los bancos firmarán un contrato de ejecución con el patrocinador del subproyecto y se cerciorarán de que haya gestión financiera adecuada. Después del contrato, el BB y el BNDES adelantarán fondos para cubrir la iniciación del subproyecto y financiar los costos retroactivos de su preparación (hasta el 10% del costo total del subproyecto). Los pagos subsiguientes se harían sobre la base de i) un estado de gastos, ii) la implantación satisfactoria de los sistemas gerenciales básicos y otros dos opcionales; y iii) informes sobre la supervisión del proyecto que reflejen el progreso adecuado de la ejecución. La UGP y las URGP ofrecerán asistencia técnica por contrato para ayudar a los beneficiarios a organizar licitaciones públicas nacionales y convocarán a licitaciones públicas internacionales.

C. Arreglos para adquisiciones

- 3.16 La adquisición de obras, bienes y servicios, así como la contratación de consultores con fondos de los Bancos, se llevará a cabo de acuerdo con las directrices del BID y el BIRF para las adquisiciones.
- 3.17 La mayoría de las adquisiciones las harán los estados o municipios, organizaciones comunitarias y proveedores sin fines de lucro, siguiendo los procedimientos acordados por ambos Bancos. Se seguirán los procedimientos regulares del Banco (Anexo B del contrato de préstamo) en relación con los contratos de más de US\$5 millones para obras de ingeniería civil y de US\$350.000 para bienes, que se adjudicarán siguiendo las normas de licitación competitiva internacional, y se financiarán con fondos del BID. Se aplicarán las leyes nacionales en el caso de contratos por sumas inferiores a los umbrales de la licitación pública internacional. Se han fijado umbrales específicos para las licitaciones públicas nacionales, a cuyos efectos se usarán los documentos estándares de licitación aprobados por el BID y el BIRF.

- 3.18 Para la asignación de fondos del préstamo a la adquisición de bienes y servicios, se ha acordado que la UGP tendrá cuidado especial de mantener *pari passu* entre los desembolsos de ambos Bancos, a la vez que se respetan las estipulaciones sobre fuente y origen de los bienes y servicios, dadas las diferencias de elegibilidad del país establecidas por el BID y el BIRF.
- 3.19 La UGP incluirá un oficial de adquisiciones a tiempo completo, cuyas responsabilidades principales consistirán en: i) presentarle a los Bancos todos los documentos relacionados con adquisiciones que, de acuerdo con lo dispuesto en el contrato de préstamo, requieren el examen previo del Banco; ii) realizar las adquisiciones a nivel central (UGP); iii) supervisar las adquisiciones realizadas por cada unidad ejecutora (por ej., estado, municipio, servicio); iv) preparar y presentar a ambos Bancos, al principio de cada año civil, un calendario detallado de adquisiciones. El nombramiento del oficial de adquisiciones se hará en consulta con los Bancos.
- 3.20 A nivel central, la UGP: i) modernizará oficinas y adquirirá equipos para la UGP y la unidad de políticas de salud planeada; y ii) realizará todas las licitaciones públicas internacionales durante el primer año de ejecución, en relación con equipo médico o contratos de suministros de gran tamaño. Gradualmente, las entidades ejecutoras podrán hacer ellas mismas las licitaciones públicas internacionales, una vez que los Bancos y la UGP se declaren satisfechos de que dichas entidades han desarrollado la capacidad para hacerlo en conformidad con las normas del BID y el BIRF.
- 3.21 El proyecto financiará consultores individuales y firmas de consultoría para que ofrezcan asistencia técnica y cursos de capacitación, realicen estudios y actividades de promoción y divulgación, vigilancia y supervisión, y presten servicios de auditoría y evaluación. Los servicios de consultoría se seleccionarán y contratarán siguiendo las normas del BID y el BIRF para la contratación de consultores (Anexo C del contrato de préstamo del BID). La UGP y los Bancos llegarán a un acuerdo en relación con una carpeta de invitación estándar, que incluirá una carta de invitación, formato uniforme para los términos de referencia y formularios para contratos, y luego se pasarán a los organismos ejecutores.
- 3.22 Los Bancos examinarán: i) los procedimientos para licitaciones y contratación de obras por valor de US\$5 millones y más; ii) los procedimientos para licitaciones y contratación de bienes por valor de US\$350.000 y más; iii) todos los términos de referencia, listas cortas y contratos para firmas de consultoría por valor de US\$100.000 y más; iv) todos los términos de referencia, listas cortas y contratos para consultores individuales, por valor de US\$50.000 y más; v) contratos para el gerente general de la UGP y los gerentes de las URGP y el oficial de adquisiciones del

Proyecto; vi) el primer subproyecto en cada categoría; y vii) calendarios anuales de adquisiciones.

- 3.23 Con base en los subproyectos que se financiarán durante el primer año de ejecución del proyecto, se calcula que el Banco examinará unos 27 contratos al año y alrededor del 9% de todos los subproyectos financiados por él. Además, el MdS contratará los servicios de un auditor financiero y de adquisiciones satisfactorio para los Bancos, quien preparará auditorías ex post financieras y de adquisiciones, por lo menos cada seis meses, sobre la base de muestras apropiadas de documentos de adquisiciones. Los informes de las auditorías se enviarán a los Bancos a más tardar seis meses después de la fecha en que fueron terminados.
- 3.24 Al iniciarse el proyecto, o antes, personal de los dos Bancos realizará un taller para presentar y explicar las normas del BID y el BIRF pertinentes a las adquisiciones y para comenzar a preparar documentos de licitación específicos, así como para verificar que se hagan correctamente los arreglos iniciales para la contratación de bienes, obras de ingeniería civil y servicios.
- 3.25 No se adjunta al presente documento un plan de adquisiciones estándar, pues el proyecto se regirá por la demanda y, por consiguiente, todavía no se han determinado todos los procesos de adquisición. Como condición para el primer desembolso, los Bancos recibirán un plan de adquisiciones para el primer año de ejecución del proyecto. Durante las reuniones anuales de examen, el Banco estudiará el calendario de adquisiciones para el año siguiente, y especificará la división de los contratos en licitaciones internacionales o nacionales, así como el número y costo estimado de los subproyectos que se financiarán con los recursos del préstamo.

D. Desembolsos y documentación de gastos

- 3.26 La cuantía del préstamo (equivalente de US\$350 millones) será entregado a la República Federativa del Brasil. El gobierno lo transferirá luego al Banco del Brasil, que a su vez lo usará para financiar proyectos, junto con fondos de otros organismos internacionales de crédito. Como condición para el primer desembolso, el prestatario firmará un contrato subsidiario de préstamo para poner los fondos a la disposición del Banco del Brasil, con términos aceptables para el Banco. Los recursos del préstamo serán puestos a disposición de los beneficiarios en forma de subvenciones, sujeto a la firma de contratos gerenciales con cobertura específica y otras metas, entre la UGP y las autoridades pertinentes del estado o municipio, y entre éstos y la entidad patrocinadora de cada subproyecto. El prestatario se hará cargo de los riesgos cambiarios. Los beneficiarios contratarán las obras, bienes y servicios de consultoría y supervisarán la ejecución del proyecto con la ayuda de firmas aprobadas de consultoría o consultores individuales.

CUADRO III-2					
Calendario de desembolsos del BID-BIRF (en millones de US\$)					
Fuente de fondos	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Total
BID	115	100	80	55	350
BIRF	100	85	65	50	300
Beneficiarios	25	25	25	25	100
Total	240	210	170	130	750
Acumulativo	240	450	620	750	

- 3.27 El Préstamo propuesto se desembolsará en un período de cuatro años (Cuadro III-2). El periodo por el que se comprometerán los fondos para el proyecto será de seis meses antes de la fecha del desembolso final.
- 3.28 La UGP presentará documentos justificativos completos para todas las solicitudes de desembolsos que tengan un valor de contrato equivalente a US\$3 millones o más, en el caso de obras; equivalente a US\$350.000 o más, en el caso de bienes; equivalente a US\$100.000 o más, para servicios prestados por firmas de consultoría y equivalente a US\$50.000, para contratos con consultores individuales. La UGP documentará el desembolso de contratos por cantidades más pequeñas por medio de estados de gastos, y mantendrá los correspondientes documentos justificativos para que el Banco los examine cuando así lo solicite. A petición del prestatario, se podrá desembolsar por adelantado hasta el 10% de los recursos totales del préstamo. El adelanto de fondos se justificará siguiendo las normas y procedimientos regulares de los Bancos.

E. Auditorías

- 3.29 La Secretaría Federal de Control (SFC) o cualquier firma de auditores externos, que ésta apruebe y que sea aceptable para el Banco, realizará una auditoría anual de la UGP. A más tardar seis meses después del cierre de cada ejercicio fiscal, la UGP presentará a los Bancos copias de los informes de auditoría con el dictamen del auditor sobre: i) las cuentas del proyecto, incluidos los estados de gastos; ii) la verificación de si la adquisición se llevó a cabo de acuerdo con las normas acordadas; y iii) la adecuación de los controles internos para reducir al mínimo la posibilidad de uso indebido de los fondos.
- 3.30 Además, los auditores harán auditorías semestrales especiales de una muestra considerable de los subproyectos financiados con el préstamo, sobre la base de normas y procedimientos contables aceptables, a fin de determinar si se cumplieron los términos de los contratos individuales, inspeccionar el avance de las obras, reconciliar el adelanto físico con los gastos financieros efectuados, y determinar si se están respetando las normas de adquisición. Los auditores prepararán informes semestrales para la

UGP y los Bancos, que se enviarán a más tardar dos meses después de cada trimestre, así como un resumen anual.

F. Vigilancia y supervisión

- 3.31 El proyecto será vigilado por medio de varios indicadores clave del desempeño, que incluyen los de resultados, producto, proceso e insumos, según se detallan en el Anexo III-2. A partir del primer día del primer año del proyecto, la UGP presentará a los Bancos informes semestrales en los que se compararán los logros obtenidos con los indicadores acordados. Estos informes incluirán información sobre: i) los subproyectos presentados, examinados, en vías de ejecución, terminados y evaluados; ii) listas e informes resumidos de estudios, resúmenes de asistencia técnica, listas y esquemas de cursos, número de empleados adiestrados y sistemas gerenciales instalados; iii) progreso alcanzado en la introducción de las reformas al sector salud; iv) examen de gastos anuales en salud pública y propuestas presupuestarias; v) documentación completa sobre cualquier subproyecto equivalente a más de US\$3 millones, independientemente de la fuente de financiamiento; vi) costos y financiación de proyectos; vii) cambios en la administración, estructura y manual de operación de las UGP; viii) cumplimiento de convenios jurídicos clave; ix) supervisión de la ejecución de subproyectos; x) resumen de informes financieros y de auditoría de adquisiciones, y xi) resumen de informes de evaluación ex post de una muestra de subproyectos terminados, incluida la cobertura ampliada y las mejoras de eficiencia.
- 3.32 El personal clave de la UGP y el MdS, así como los equipos de los dos Bancos que se encargarán del proyecto, se reunirán una vez al año, antes de la aprobación final del presupuesto del año subsiguiente, para examinar, entre otros, los aspectos siguientes: i) el progreso alcanzado en las reformas de política, en el ajuste de las tarifas del SUS, en la autonomía de los estados y municipios y en la ejecución del proyecto; y ii) la evaluación de la experiencia adquirida con los criterios de elegibilidad y evaluación, y la definición de criterios y arreglos de implantación revisados para el año subsiguiente (Anexo III-3). Si como resultado de este examen, los Bancos consideran que no es satisfactorio el progreso obtenido por el prestatario en la ejecución del proyecto o en las reformas señaladas en la Carta de Políticas, se abstendrán de aprobar el Programa de Inversión Anual propuesto para el año siguiente de la ejecución del proyecto.

G. Evaluación

- 3.33 La UGP contratará los servicios de una organización de investigación independiente, como una universidad u ONG dedicada a la investigación, para que haga una evaluación ex post de una muestra de los proyectos terminados, que consistiría en una combinación de la evaluación económica tradicional y la evaluación de los beneficiarios.

H. Primer año del Plan de implementación del proyecto

- 3.34 Habida cuenta de que el proyecto funcionará como un fondo de inversión, los planes de ejecución para el primer año se concentran en una serie de solicitudes de financiamiento propuestas por estados, municipios y proveedores filantrópicos sobre una base competitiva. Los planes de subproyectos específicos para el primer año estarán disponibles solamente después de aprobarlos por los Comités Bipartitos y Tripartitos de Gestión, y serán examinados y aprobados por ambos Bancos antes de efectuar el desembolso inicial. Los estudios e innovaciones principales planeados en el marco del Componente de Desarrollo Institucional (II), basados en los términos de referencia acordados en la evaluación, se concentrarán en el seguro privado de salud, carga de morbilidad, contratos de gerencia, costo y eficacia en función del costo de los servicios, sistema de información de salud, y garantía de calidad para atención materna e infecciones nosocomiales, entre otros.

I. Análisis ambiental

- 3.35 El proyecto REFORSUS ha recibido calificaciones idénticas en relación con el medio ambiente por ambos Bancos. El proyecto ha sido clasificado dentro de la Categoría III por el BID y la Categoría B por el BIRF, reflejando las conclusiones siguientes sobre REFORSUS y sus subproyectos: i) no se esperan impactos irreversibles sobre el ambiente; ii) los efectos adversos para el medio ambiente se pueden eliminar o mitigar adoptando medidas relativamente sencillas; iii) el Proyecto podría surtir efectos positivos sobre el ambiente si se toman medidas para promoverlos; y iv) el proyecto debe tomar medidas concretas de protección ambiental, ofrecer asistencia a instituciones y formular el presupuesto correspondiente a fin de garantizar, por contrato, la realización de los tres puntos mencionados.
- 3.36 El MdS elaboró un informe de análisis ambiental, bajo la guía de los Bancos, para evaluar los posibles efectos ambientales del Proyecto y determinar las medidas pertinentes para la protección del medio ambiente. Se determinó que los problemas principales para el medio ambiente como resultado del proyecto REFORSUS eran deficiencias en el control de infecciones y una falta generalizada de manejo y eliminación segura de los desechos de hospitales. La ley brasileña sobre el medio ambiente exige que cada institución presente un Plan para la Eliminación de Desechos y asigne a una persona la responsabilidad de su ejecución.
- 3.37 Se espera que el Proyecto surta un efecto positivo en gran escala para el estado de salud brasileño, tanto directamente por medio de una mayor disponibilidad de mejores servicios de salud, como indirectamente con la promoción de medidas de responsabilidad ambiental y sanitaria. A medida que los municipios mejoren sus actividades de manejo y eliminación de desechos, es de esperar menos contaminación ambiental, y el proyecto contribuye a mejorar

el control de las enfermedades infecciosas al retirar de la circulación jeringuillas y agujas, así como otros artículos peligrosos. El fortalecimiento institucional y la asistencia técnica para la preparación de subproyectos, capacitación y equipos mejores, deberá aumentar el cumplimiento de las leyes para la protección del medio ambiente.

- 3.38 Los aspectos de la seguridad interna y ocupacional se examinan a fondo en los manuales del Ministerio de Salud (por ej., seguridad eléctrica, equipos especiales, procedimientos de emergencia en caso de escasez de agua y energía, incendios, materiales, instalación y seguridad en la operación de equipos, suministro de agua potable y saneamiento; eliminación de desechos radiactivos y no peligrosos). Se tiene mucho cuidado de esbozar procedimientos para reducir al mínimo las infecciones nosocomiales resultantes de la limpieza, desinfección y esterilización, y el control de vectores. Estas prácticas están incorporadas en los diseños arquitectónicos, y se aplicarán a todas las inversiones del proyecto REFORSUS en infraestructura.
- 3.39 El proyecto REFORSUS está llevando a cabo las actividades siguientes a fin de que la administración ambiental ofrezca seguridad: i) criterios de elegibilidad de subproyectos; ii) plan para la eliminación de desechos en instituciones de salud; iii) medidas de protección ambiental para tecnologías específicas; y iv) fortalecimiento institucional y asistencia técnica. Los criterios principales de elegibilidad ambiental para los subproyectos son: i) presentación de una ficha ambiental junto con la propuesta del subproyecto; ii) presentación del plan de manejo de desechos para las instalaciones propuestas; y iii) ejecución de las medidas de protección ambiental para las tecnologías específicas que utilizará la instalación.
- 3.40 Un plan aceptable para la eliminación de desechos especificará los procedimientos de manejo, segregación, empaquetado, transporte, tratamiento, eliminación definitiva, medidas de contingencia, adiestramiento, informes, responsabilidad y fondos. En el informe del análisis ambiental se discuten algunas tecnologías aceptables desde el punto de vista ecológico y sus normas respectivas para la protección ambiental. Estas incluyen la esterilización al vapor, incineración en el sitio y fuera de él, sitios de relleno sanitario y, como último recurso, soterrado en los relleno sanitarios adoptando medidas protectoras especiales.
- 3.41 El Proyecto también ofrece asistencia técnica en cuestiones ambientales para: i) organismos estatales participantes que demuestren ser institucionalmente incapaces de ayudar en el análisis, monitoreo y fiscalización de subproyectos; y ii) proponentes que necesitarán adiestrar a su personal o contratar consultores para la preparación y ejecución de subproyectos en las etapas iniciales.

IV. ANÁLISIS ECONÓMICO Y FINANCIERO

A. Análisis de alternativas al proyecto

- 4.1 El proyecto subsidiaría principalmente las inversiones en infraestructura y la gestión de instituciones de atención de salud de propiedad del estado u organizaciones privadas sin fines de lucro financiadas con fondos públicos. Esto plantea interrogantes a tres niveles: Primero, ¿qué sucedería si el proyecto no existiera, o si los Bancos no participaran en él? Segundo, ¿debía ser un solo proyecto, o sería aconsejable demorar una operación de inversión hasta que se definiesen mejor las reformas y se pusieran en práctica? Tercero, ¿cuál es el mejor diseño para el proyecto? En particular, i) ¿debiera limitarse la inversión a instituciones de propiedad pública?; ii) ¿debiera subsidiarse totalmente a los proveedores privados sin fines de lucro, o tendrían éstos que reembolsar parte de la inversión del proyecto? y iii) debieran los proveedores privados sin fines de lucro tener también acceso a fondos de inversión?
- 4.2 El diagnóstico de la situación actual del SUS es que no puede seguir funcionando con pagos a proveedores que, como promedio, son muy inferiores a los costos. Incluso si faltara un proyecto de inversión y reformas, siempre habría que subir las tarifas. Pero si esto fuese lo único que pasaría, quedaría muy poco o nada de la inversión necesaria para restablecer o mejorar la capacidad, de modo que los servicios públicos seguirían deteriorándose, aunque más lentamente. Y al gobierno le resultaría más difícil llevar a cabo una reforma sistemática de los precios, calidad y administración sin el incentivo de la inversión y asistencia técnica de los Bancos.
- 4.3 Por ahora, algunas de las reformas que se han propuesto se encuentran en la etapa conceptual y no han sido ensayadas; así ha ocurrido con el uso de tarifas diferenciadas para inducir cambios en producción y alcanzar mayor eficacia en función del costo, así como recuperar costos de pacientes con seguro privado. Sin embargo, el gobierno ya ha avanzado mucho en la negociación de topes de gastos, aboliendo controles cuantitativos sobre procedimientos de atención ambulatoria y autorizando a los estados y municipios a transferir recursos entre la atención hospitalaria y ambulatoria, mejorar la detección de fraudes y subir las tarifas en general. Si se siguen postergando las inversiones necesarias, se pondrían en peligro los adelantos logrados hasta ahora en cuanto a reformas.
- 4.4 Limitando la inversión a las instituciones públicas, se ignoraría que una gran proporción de los servicios del SUS son prestados por hospitales y clínicas privadas sin fines de lucro que dependen mucho del financiamiento público. La distribución de las

instituciones públicas y privadas sin fines de lucro del SUS varía de un lugar a otro y de un servicio a otro. Por lo tanto, se ha llegado a un acuerdo con el gobierno en el sentido de que, tanto por razones de equidad como de eficiencia, ambos tipos de instituciones debieran tener el mismo derecho a los recursos del proyecto.

- 4.5 Para compensar el hecho de que los proveedores calificados recibirán fondos de inversión gratuitamente del proyecto, a cambio de ello tendrán que aceptar contratos de gerencia: estos especificarán las reformas administrativas conexas así como la producción aumentada o mejorada de servicios que la inversión hará posible. Por ejemplo, una institución que amplíe o mejore sus servicios de maternidad podría firmar un contrato para aumentar la cobertura prenatal, o reducir la mortalidad materna o el uso de operaciones cesáreas.
- 4.6 Los proveedores privados con fines de lucro no recibirán fondos del Préstamo. Sin embargo, tendrán acceso a préstamos suministrados por el Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social (BNDES) conforme a los mismos criterios de selección que se aplican en el proyecto.

B. Impacto fiscal y sustentación del proyecto

- 4.7 La sustentación del proyecto depende de la capacidad del gobierno para cubrir los costos de operación del SUS. Es de esperar que estos costos se elevarán como resultado de: i) los aumentos en las tarifas pagadas por el SUS (éste será el impacto fiscal más grande); ii) mayores gastos ordinarios para hacer uso del capital creado o restablecido por el proyecto; iii) un volumen mayor de algunos servicios debido a inversiones, o estimulados por los aumentos tarifarios; y iv) el crecimiento de la población. Existen dos fuentes potenciales de costos más bajos: reducción del fraude (que permitiría adquirir los mismos servicios reales a precios más bajos, o más servicios por el mismo precio), y la recuperación de costos de pacientes con seguro privado (siempre y cuando lo permita la nueva legislación). El proyecto también redistribuirá los recursos de campos con poca prioridad hacia otros más perentorios, pero este impacto fiscal está incluido en el de la modificación tarifaria.

1. Modificación tarifaria

- 4.8 Las estimaciones de gastos del SUS para 1996 ya incluyen un aumento promedio del 34% en las tarifas. Éste subirá al 50% en 1997, tras lo cual se supone que las tarifas permanecerán constantes en términos reales: consideramos que las tarifas tienen que subir entre el 50% y el 70% para poder cubrir los costos de la mayoría de los servicios. Si no se hace nada más que este ajuste para promediar las tarifas, y un aumento del 2% anual para tener en

cuenta el crecimiento de población, el gasto del SUS subiría a casi US\$12.700 millones para el año 2001.

- 4.9 Existe otro efecto de la modificación tarifaria: se espera que al introducir tarifas diferenciales se recalcará la producción y suministro de más intervenciones eficaces en función del costo, lo que tendría un efecto sobre el sector salud. Sin embargo, todavía no está claro cómo los cambios en las tarifas afectarán a la producción (reflejada por las elasticidades de la oferta en función del precio) de los servicios y los gastos en ellos. Esto se debe a que el SUS funciona con tres clases de controles federales al mismo tiempo: i) sobre las tarifas pagadas a los productores por los servicios; ii) sobre el número de pacientes cuyas hospitalizaciones (9 por 100 habitantes por año) se financiarán, y iii) sobre el gasto total del gobierno federal, estado por estado. Habida cuenta de estos tipos de controles sobre la producción y los ajustes hechos recientemente por el MdS, nuestra estimación de las elasticidades de la oferta en función del precio no ha sido concluyente. Por lo tanto, con la información disponible no se pudo calcular el efecto preciso ni su magnitud sobre la producción y los gastos.

2. Costos ordinarios de las inversiones de capital

- 4.10 El segundo elemento del costo ordinario adicional proviene de las inversiones de capital respaldadas por el proyecto. En el Cuadro IV-1 se muestra cómo podrían dividirse los US\$750 millones a que ascenderían los fondos del proyecto a través del tiempo entre las cinco categorías de gastos principales: 70% en inversiones físicas, 12% en mejoras administrativas, 10% en el programa de salud familiar y el 8% restante en el Componente II.

CUADRO IV-1 Distribución de inversiones por tipo y año en millones de US\$						
Tipo de inversión	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Infraestructura y equipos	70,0	192,5	122,5	96,6	43,4	525,0
Administración y mantenimiento	12,0	33,0	21,0	16,6	7,4	90,0
Promoción de la salud familiar	10,0	27,5	17,5	13,8	6,2	75,0
Financiamiento de atención de salud	8,0	22,0	14,0	11,0	5,0	60,0
TOTAL	100,0	275,0	175,0	138,0	62,0	750,0

- 4.11 Habida cuenta de los tipos diferentes de subproyectos que se van a financiar, una proporción estimada de las inversiones en infraestructura ambulatoria y hospitalaria, y el nivel de terminación de las inversiones que se van a rehabilitar, se calcularon coeficientes entre los gastos de capital y los gastos ordinarios

adicionales. Si se combinan los costos ordinarios previstos de las inversiones en instituciones ambulatorias, hospitales y programas de salud familiar, se produce un impacto total de US\$450 millones a US\$561 millones en financiamiento anual ordinario. Esta cifra es pequeña en comparación con el gasto adicional implícito de un aumento del 50% en las tarifas, incluso si la producción de servicios no respondiera al alza de precios. Y el impacto real puede ser menor, cuando se tengan en cuenta los efectos sobre la mejora de la calidad, la redistribución espacial y el cambio de composición.

- 4.12 La distribución de los efectos de los costos ordinarios de la inversión durante la vigencia del proyecto, se efectúa en proporción a las inversiones que aparecen en el Cuadro IV-1, con un retraso de un año. Los cambios en la distribución temporal de las inversiones no afectarían al nivel constante a largo plazo de US\$561 millones, sino más bien a la rapidez con que los gastos ordinarios llegaron a esa cifra.

3. Recuperación de costos de pacientes con seguro privado

- 4.13 En el Cuadro IV-2 se muestra que si se legaliza e introduce la recuperación de costos, ésta comenzaría a generar ingresos en 1997 y alcanzaría un nivel de US\$298 millones y US\$380 millones anuales para los años 2000 y 2001, respectivamente, contrarrestando gran parte del aumento en costos ordinarios resultantes de las inversiones. Se obtiene un límite superior estimado de US\$1.800 millones extrapolando los resultados de un estudio en el que se calcula la magnitud de la pérdida por subsidiar a los aseguradores privados en el Distrito Federal (Brasilia). Sin embargo, esta sería una estimación exagerada, pues en gran parte del país hay relativamente pocos pacientes con seguro privado.

CUADRO IV-2 Ingresos proyectados de la recuperación de costos con el SUS					
	1996	1997	1998	1999	2000
a. Población total del Brasil (millones)	162	165,3	168,7	172,1	175,6
b. Porcentaje con seguro privado	20%	20%	20%	20%	20%
c. Población asegurada (millones) ¹	32,4	33,1	33,7	34,4	35,1
d. Porcentaje de asegurados que usan el SUS	30%	30%	30%	30%	30%
e. Gasto per cápita del SUS	65,3	70,8	70,8	70,8	70,8
f. Costos proyectados del SUS (US\$ millones)	10.580	11.708	11.940	12.179	12.423
g. Recuperación potencial de costos de pacientes con seguro privado (% de los costos proyectados del SUS)	6%	6%	6%	6%	6%
h. Tasa de recuperación de costos con respecto al potencial	0%	10%	20%	30%	40%
i. Recuperación de costos de pacientes con seguro privado (% de costos proyectados del SUS)	0%	0,6%	1,2%	1,8%	2,4%
j. Recuperación real de costos (en millones de US\$)	0	70,2	143,3	219,2	298,2

- a. La tasa de crecimiento demográfico es de 2,033% anual
- b., c. Basado en la cobertura existente de alrededor de un quinto de la población del país
- d. Un tercio de los asegurados usan el SUS con regularidad; dos tercios usan proveedores privados ajenos al SUS
- g. Calculado como b. multiplicado por d.
- h. En 1996 se supone una recuperación de costos de cero. A partir de 1997, la recuperación efectiva de los costos es de 10% del potencial, y de ahí en adelante aumenta 10 puntos porcentuales cada año
- j. Calculado como f. multiplicado por i.

4. Control del fraude

4.14 El control del fraude también puede surtir un efecto considerable sobre el gasto del SUS. El MdS está analizando varios tipos de fraude: i) notificación de un número de procedimientos más alto de los que en realidad se realizaron; ii) notificación de servicios más costosos de los que en realidad se ofrecieron; iii) inclusión artificial de la entrega de productos farmacéuticos especiales o procedimientos de diagnóstico para hospitalizaciones a fin de recibir un reembolso mayor; iv) notificación de una estadía en el hospital más larga de la que en realidad tuvo lugar; v) notificación de procedimientos ficticios, y vi) cargo del máximo admisible por análisis de laboratorio y exámenes de diagnóstico para atención ambulatoria, en lugar del volumen real. En el Cuadro IV-3 se presentan ejemplos del fraude relacionado con hospitalizaciones en 1995.

- 4.15 En 1995, la campaña para controlar el fraude a nivel federal y estatal detectó irregularidades por la suma de US\$774 millones. Se calcula que el control de fraude ya ahorró US\$1.000 millones en 1996, con ahorros de US\$1.270 millones para el final del proyecto. Por supuesto, la cantidad que se podría recuperar disminuiría si el fraude fuese menos prevaliente —lo que representaría un ahorro mucho mayor— y aumentaría si el gasto más alto en actividades de control produjese una tasa de detección más alta.

CUADRO IV-3 Ejemplos de fraude en el reembolso de atención hospitalaria por el SUS, 1995		
Causa de rechazo del pago	Número de altas de hospitales (AIHs)	Magnitud del fraude (1995 en miles de US\$)
Facturación doble por el mismo paciente dentro de un mes determinado	271.479	71.942
Cargos ya incluidos en otras facturas	132.541	35.123
La estadía en el hospital no concuerda con el procedimiento*	268.863	71.249
Facturación indebida al municipio y al MdS	78.866	20.899
La hospitalización no fue autorizada oficialmente (número de serie de autorización falsificado)	36.829	9.760
Hospital con código postal no válido	13.890	3.681
El hospital no pertenece al SUS	29.431	7.799
El total de días de hospitalización facturados por el hospital excede la capacidad de éste.	34.488	9.139

Fuente: Ministerio de Salud del Brasil

* Solo se revisaron cinco meses

5. Sustentación financiera

- 4.16 Las cuatro fuentes de gastos cambiados en relación con el proyecto se combinan en el Cuadro IV-4. La primera línea muestra el impacto del aumento tarifario más el crecimiento demográfico. La combinación de estos efectos con los costos ordinarios adicionales generados por las inversiones (línea 2) y los ahorros de la recuperación de costos (línea 3), produce un gasto estimado del SUS de US\$12.850 millones para el año 2001 (línea 4). Si los ahorros del control de fraude se usaran para reducir el gasto más bien que para comprar más servicios, el gasto en el SUS bajaría a un estimado de US\$11.600 millones para el final del proyecto, o alrededor de US\$2.300 millones más que en 1996 y cerca de US\$4.000 millones al nivel de 1995, antes de los aumentos tarifarios.
- 4.17 Suponiendo que se congelaran todos los costos, con excepción de los de reembolsos a proveedores, a raíz de los aumentos considerables presupuestados para 1996, el presupuesto del MdS tendría que subir

de US\$15.700 millones (US\$99 per cápita por año, 2,6% del PIB) en 1995 a US\$24.000 millones en el año 2001 (US\$135 per cápita por año, 3,0% del PIB) cuando se sentiría la totalidad del impacto fiscal del proyecto.

- 4.18 El GdB está buscando varias opciones para aumentar los ingresos a fin de salvar la brecha financiera que existe entre los niveles porcentuales del gasto en salud y los que están implícitos en el proyecto 10/: i) a corto plazo, un financiamiento considerable provendría de un nuevo impuesto por dos años sobre transacciones financieras -CPMF- aprobado por el Congreso en julio de 1996, mientras se aseguran fuentes de ingreso más estables; ii) la asignación específica del 30% del Presupuesto de la Seguridad Social al sector salud como está definido en la Constitución; y iii) se persuadiría a los estados y municipios a aumentar la participación de sus presupuestos asignados a salud, de entre el 3% y el 5% actual al 10%. Con las dos hipótesis del Cuadro IV-4, los ingresos complementarían los gastos generados por el proyecto. Si no se materializa nada de esto, todavía habría margen para cambiar los recursos de las actividades del Ministerio ajenas al SUS para financiar la atención médica. Además, el tamaño del programa de inversión y el aumento en las tarifas de reembolso serían acordados cada año con el gobierno, sobre la base de los ingresos estimados.

10/ Aunque ninguna de estas propuestas para fondos asignados a fines especiales es satisfactoria, ni tampoco se puede contar con ellas para suministrar un flujo estable de fondos al sector salud, el proyecto está introduciendo el concepto de la recuperación de costos de los servicios prestados a pacientes con seguro privado, lo que aumentaría los ingresos hasta US\$1.300 millones al año. Esto demorará para constituirse en una partida de financiamiento cuantitativamente importante, pero representa un cambio cualitativo notable en responsabilidad. Además, mediante fórmulas transparentes para distribuir los fondos federales, el proyecto crea incentivos para que los estados y municipios aumenten la participación de sus propios recursos destinados a la salud.

CUADRO IV-4 Estimación de gastos relacionados con el proyecto, 1996-2001 (en millones de US\$)						
Gasto o reducción de costo	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Gasto del SUS (con aumento de tarifas)	10.580	11.706	11.940	12.179	12.423	12.671
Más costos ordinarios	0	75	281	411	515	561
Menos recuperación de costos	0	70	143	219	298	380
Gasto total neto del SUS	10.580	11.711	12.078	12.371	12.640	12.852
Menos control de fraude	1.058	1.171	1.194	1.218	1.243	1.267
Gasto neto potencial del SUS	9.522	10.540	10.884	11.153	11.397	11.585
Más gastos ajenos al SUS	12.420	12.420	12.420	12.420	12.420	12.420
Total gasto del Ministerio	21.942	22.960	23.304	23.573	23.817	24.005
Ingreso proyectado						
Hipótesis 1	21.546	26.415	27.669	24.933	26.113	
Hipótesis 2	23.506	28.473	29.829	22.745	24.815	

NOTAS: En la hipótesis 1 los ingresos se calculan de acuerdo con el supuesto de que el CMF está aprobado y que más tarde será sustituido por contribuciones del Presupuesto de la Seguridad Social (PSS) y de los presupuestos estatales y municipales. La hipótesis 2 supone que únicamente las contribuciones del PSS reemplazan a la contribución del CMF, y que el PSS crecería al mismo ritmo que la economía, a una tasa del 5%.

- 4.19 La viabilidad no solo del proyecto, sino de todo el SUS, depende de que se asuma un compromiso a largo plazo en cuanto a ingresos, así como del continuo control, por el Ministerio, de los presupuestos estatales, las tarifas y hospitalizaciones, y de una concentración de la producción en más servicios eficientes en función del costo, promovida por las tarifas diferenciales. En estas condiciones, los logros que obtendría el sector salud en el Brasil pueden ser sustanciales incluso si el financiamiento de algunos servicios sigue siendo deficiente y los topes de los gastos permanecen invariables. No obstante, los costos relacionados con el proyecto se pueden financiar únicamente si los ingresos destinados al sector salud aumentan al mismo ritmo razonablemente rápido que llevan la economía y la totalidad de los ingresos de la seguridad social, y si el compromiso asumido por el gobierno de introducir nuevas opciones para aumentar los ahorros o los ingresos –como el control del fraude, la recuperación de costos y contribuciones mayores de los gobiernos locales– sigue siendo tan firme como hasta ahora en el actual periodo de administración.

V. BENEFICIOS Y RIESGOS

A. Lecciones adquiridas

- 5.1 El proyecto REFORSUS complementaría a otras cinco operaciones del Banco Mundial en el Brasil. Actualmente, la cartera de préstamos al Brasil en ambos Bancos es una de las más grandes. Aunque el BID no ha participado recientemente en el sector salud en el Brasil, se pueden sacar lecciones importantes de otros proyectos y de los financiados por el Banco Mundial. Se han presentado varios problemas cuando se ejecutan proyectos en este país: i) inestabilidad del gobierno; ii) diseño inadecuado del proyecto; iii) deficiencia en los arreglos administrativos, y iv) número excesivo de convenios.
- 5.2 **Rotación de autoridades oficiales.** Los diversos cambios en los cargos del Ministerio con frecuencia han dado lugar a que las autoridades brasileñas disminuyeran su dedicación a alcanzar los objetivos fijados a los proyectos. En los 15 últimos años se han modificado los periodos de ejecución de los proyectos y nuevos administradores gubernamentales han decidido suspender proyectos de gobiernos anteriores. Sin embargo, parece que últimamente estos problemas han reducido parcialmente gracias a la realización exitosa de una reforma económica que ha reducido la inestabilidad política y financiera en el país. Después de experimentar tasas inflacionarias de hasta el 2000% anual, por primera vez el Brasil puede mantener la inflación a niveles aceptables y su economía ha crecido. Otros factores que influyen positivamente en este proyecto son: i) la gran cantidad de recursos humanos y físicos que se han invertido en la preparación del proyecto; ii) el número de interesados que participan extensamente en la identificación, preparación y evaluación de proyectos; en caso de un cambio de gobierno, es de esperar que habrá consenso suficiente sobre los objetivos y el diseño del proyecto para mantenerlo entre las prioridades de otros gobiernos; y iii) por último, los municipios, estados y proveedores de atención de salud sin fines de lucro, que prepararían y presentarían subproyectos y en definitiva serían los beneficiarios principales del proyecto e integrarían un componente sólido para el proyecto en general.
- 5.3 **Diseño inadecuado del proyecto.** En el Brasil, algunos proyectos han sufrido demoras en su ejecución y costos adicionales cuando ha habido que revisar el diagrama de ejecución y el análisis institucional. El proyecto REFORSUS, además de estar precedido por amplias discusiones y apoyo institucional, ha sido diseñado como un proyecto del tipo de fondo regido por la demanda, en el cual los fondos son asignados a áreas geográficas diferentes conforme a criterios acordados, y los subproyectos son presentados por los beneficiarios, asegurándoles a éstos el derecho de propiedad. Este enfoque regido por la demanda facilitará la ejecución del proyecto.

- 5.4 **Arreglos de ejecución deficientes para el proyecto.** La estructura del sector público brasileño, el número de convenios y transacciones que entran en juego en cada proyecto, y la falta de asistencia adecuada por parte del gobierno federal a los proyectos en curso, han constituido una fuente de frustración para las instituciones financieras multilaterales. Aunque el MdS está repleto de engorrosos procedimientos administrativos, ha podido administrar con éxito cinco proyectos financiados por el Banco Mundial, y la operación más reciente —control del SIDA y enfermedades de transmisión sexual (Ln.3659-BR)— ha sido bien dirigida. El proyecto utilizaría el BNDES y el Banco del Brasil como agentes financieros, quienes suscribirían contratos directamente con el beneficiario o con los proveedores de obras, bienes o asistencia técnica. Dicho arreglo evitaría la burocracia del ministerio y reduciría el número de transacciones financieras entre el Banco y el contratista o beneficiario. El MdS mantendría las funciones de evaluación y supervisión técnica, campos que domina bien, pero subcontrataría al BNDES y al Banco del Brasil para que hicieran todas las transacciones administrativas y financieras. Las oficinas de asistencia técnica regional de la UGP ayudarían a los estados y municipios con menos recursos en la preparación, evaluación y supervisión de subproyectos. Además, el MdS contrataría los servicios de una firma de consultoría independiente para realizar las evaluaciones de los subproyectos.
- 5.5 **Número excesivo de condiciones convenidas.** Se redujo al mínimo el número de condiciones y se establecieron, en la medida de lo posible, de manera que se cumplan en las negociaciones. Las restantes, consideradas como críticos para la sustentación del proyecto, se vigilarán en noviembre de 1997 y 1998.
- 5.6 **Indicadores de desempeño.** El proyecto incluiría varios indicadores del desempeño, o sea, insumos, proceso, producción y resultados (Anexo III-2). La supervisión del proyecto se concentraría en los indicadores acordados. Los indicadores se vigilarían con regularidad, se analizarían las desviaciones y se tomarían medidas correctivas.
- B. Beneficios del programa
- 5.7 El proyecto beneficiará principalmente a los pobres, que dependen del SUS como única fuente de atención de salud. El proyecto asignará recursos para mejorar la infraestructura del SUS, haciendo hincapié en las unidades de salud que están ubicadas en zonas de bajos ingresos, y con la revisión de las tarifas de reembolso se corregirán las distorsiones en los precios de una lista de las intervenciones más eficaces en función del costo que actualmente no se están ofreciendo como es debido y que afectan desproporcionadamente a los pobres. Dado que este es un proyecto regido por la demanda, resulta difícil calcular con anterioridad los beneficios económicos generales, pues éstos dependerán del volumen y de la

composición de subproyectos individuales. No obstante, supuestos básicos en los que se emplean experiencias regionales similares 11/, demuestran que el mejor acceso y la calidad de los servicios básicos de tipo clínicos y de salud pública, cuando se ofrecen en una zona pobre, podrían restar alrededor del 10% a la carga de enfermedades, medida en el reducido número de años de vida perdidos ajustados por enfermedad. Varios experimentos pioneros sobre medicina familiar llevados a cabo en el Brasil han tenido éxito: en Paraná, entre 1986 y 1994, el programa redujo la desnutrición infantil del 18% al 4%, aumentó las tasas de vacunación del 47% al 75%, amplió en un 33% la cobertura de la atención prenatal y redujo en un 20% los ingresos en hospitales. Se dará prioridad relativa a los servicios de atención maternoinfantil, a los centros de urgencia y traumatismos. Estudios realizados en México sugieren que la atención durante partos y prenatal podría reducir los 47 años de vida ajustados que se pierden por causas maternas por cada 100 beneficiarios al año. Los expertos sugieren que servicios adecuados de urgencia y traumatología en las respectivas zonas de cobertura, podrían reducir en un 20% el número de años de vida perdidos debido a accidentes y otras causas externas, y ahorrar 6 años de vida ajustados por incapacidad por beneficiario al año.

1. Equidad

- 5.8 El proyecto también mejoraría la equidad: i) introduciendo un mecanismo para distribuir los presupuestos de inversión conforme a una fórmula transparente y fácil de justificar para asignar los recursos de acuerdo con la población, y un indicador de la necesidad del Estado de invertir en salud. La fórmula asigna a cada estado el 70% de los recursos en función de la población, y el 30% restante según una estimación de su "diferencia en gastos de salud per cápita" con el estado que tenga el gasto de salud per cápita más alto, lo que ayudará a reducir las discrepancias existentes entre los estados afluentes del sur y el sureste y las otras regiones del país; ii) asignando prioridades a las inversiones en zonas de bajos ingresos; y iii) limitando el reembolso de la atención terciaria costosa y relativamente menos eficaz en función del costo, que en su mayor parte es utilizada por pacientes con seguro privado y por grupos de ingresos medios y altos.

2. Eficiencia

- 5.9 El proyecto mejorará la eficiencia de las asignaciones del SUS al aumentar la proporción de fondos de salud pública gastados en más intervenciones eficaces en función del costo, tanto por medio de tarifas revisadas como de subproyectos de inversión. El proyecto establecerá un nuevo marco para fijar los precios y los reembolsos a los proveedores de atención de salud, que favorecerá las

11/ Economía y Salud, vol. 11 (México, FUNSALUD, 1994).

intervenciones más eficaces en función del costo a expensas de las menos eficaces. Se dará prioridad a subproyectos en los campos de atención maternoinfantil, salud familiar, urgencia y traumatología, con énfasis en el suministro de más intervenciones eficaces en términos del costo.

- 5.10 El proyecto también mejoraría la eficiencia interna del SUS al:
- i) restablecer la capacidad del sistema; ii) volver a poner en uso recursos complementarios ociosos; iii) reducir el costo de intervenciones que ya se están ofreciendo; iv) mejorar el sistema de reembolsos; v) exigir mejores sistemas administrativos como condición para recibir fondos para rehabilitación y equipos; vi) reducir el fraude; y vii) introducir la recuperación de costos de pacientes con seguro privado. Al restablecer la capacidad del sistema, el proyecto aumentaría el número de pacientes tratados y permitiría elevar la eficiencia en el uso del equipo de diagnóstico, las camas y las instalaciones de atención de salud. La mejora en la gestión de la atención de salud aumentaría la eficiencia de los hospitales porque contribuiría a alcanzar tasas de ocupación más altas, estadías más cortas, mayor rotación de camas y más pacientes tratados. Además, se espera que la automatización de los sistemas administrativos reduzca los costos de administración. Por último, los incentivos del proyecto para que se utilicen más procedimientos eficientes en función del costo (o sea, servicios asistenciales diurnos, cirugía de consulta externa) darían lugar a un aumento de la cobertura (o sea, número de pacientes tratados) y a una reducción de los costos hospitalarios.

3. Autonomía

- 5.11 Por último, el proyecto fortalecería la capacidad de los estados y municipios para actuar como administradores y compradores de servicios de atención de salud, y por tanto esperamos que los servicios reflejen mejor las necesidades de los beneficiarios, y que mejore la rendición de cuentas y el control social. Además, el financiamiento descentralizado de la atención de salud también produciría ganancias en eficiencia, pues a nivel local los recursos se pueden distribuir en función de las prioridades locales en cuanto a salud. El proyecto también hace hincapié en el control de fraudes a nivel local.

C. Riesgos del programa

- 5.12 Los riesgos principales del proyecto son: i) incumplimiento de la agenda de reformas, lo que pondría en peligro la sustentación de las inversiones; ii) ejecución incompleta o deficiente del proyecto; y iii) falta de ingresos para financiar los costos ordinarios incrementales que generará el proyecto y los ajustes en los calendarios de reembolsos que se necesitarán para cubrir los costos y mantener el capital.

- 5.13 El incumplimiento de la agenda de reformas podría deberse a la reaparición de una inflación elevada, la rotación acelerada de personal a nivel del ministerio y la falta de voluntad política. El regreso de la inflación dificultaría muchísimo hacer los ajustes a los precios que se proponen. El efecto de la inflación solo podría mitigarse indizando los precios a la inflación, pero esto solo contribuirá a la espiral inflacionaria. El cambio de gobierno traería consigo un retraso en la ejecución del proyecto, pero es improbable que lo detenga por completo, dado el considerable apoyo de los interesados, cuya colaboración se aseguró durante la etapa de identificación y preparación del proyecto. El gobierno federal tomó la delantera en la identificación, preparación y evaluación del proyecto, mientras que los estados y municipios fueron consultados por medio de sus representantes en el Consejo Nacional de Salud (CNS), el Consejo Nacional de Secretarías Estatales de Salud (CONASS) y el Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS). Además, se consultó con la amplia sociedad por medio de sus representantes en los comités sociales del Senado y el Congreso. El riesgo de que el proyecto se venga abajo se reduciría al mínimo si los interesados continúan participando en la identificación, preparación y ejecución de subproyectos, y seleccionando inversiones sobre la base de criterios claros y transparentes que puedan ser respaldados por cualquier gobierno. En todo caso, el Banco no aprobaría subproyectos nuevos si los exámenes de gastos y los análisis de política anuales demuestran que no se está cumpliendo con la matriz de reformas de políticas acordada con el gobierno (Anexo II-1).
- 5.14 Los riesgos de una ejecución deficiente o incompleta del proyecto pueden estar relacionados con el financiamiento de subproyectos mal justificados, capacidad administrativa deficiente y cuando los estados y municipios más desarrollados obtienen una parte desproporcionada de los recursos debido a su ventaja comparativa en la preparación de subproyectos. El riesgo de que se financien subproyectos mal justificados se reduciría al mínimo examinando con regularidad los criterios de elegibilidad y evaluación para los subproyectos, mediante un estudio previo de grandes proyectos por el MdS y los Bancos, y utilizando los resultados de la evaluación ex post en curso de una muestra de subproyectos como manera de mejorar la ejecución del proyecto. El MdS y los Bancos revisarán el proceso de evaluación de subproyectos por medio de un método conjunto aplicado a la primera serie de propuestas de proyectos; de esta manera, los criterios para la selección y evaluación de subproyectos se podrán ajustar en caso necesario. La capacidad administrativa del Ministerio sería fortalecida por el BNDES y el Banco de Brasil, que serían los agentes financieros del proyecto, y los servicios de consultoría contratados para la preparación y supervisión de los subproyectos, así como por medio de evaluaciones y auditorías externas. El riesgo de que los estados y municipios más ricos obtengan una parte desproporcionada de los recursos se reduciría al mínimo calculando la necesidad de inversiones sobre la base de la población, los indicadores de salud e ingresos y la

capacidad existente, ayudando a los estados y municipios que demandan menos que la necesidad estimada, y exigiendo niveles diferentes de cofinanciamiento de los estados y municipios, nuevamente a base de indicadores de ingreso y salud y la capacidad existente.

- 5.15 Por último, los ingresos del sector salud tal vez no sean suficientes para financiar los costos ordinarios incrementales generados por el proyecto y los ajustes en los calendarios de reembolsos que habrá que hacer para mantener el capital. El riesgo se reduciría al mínimo haciendo que las decisiones de inversión de cada año dependan del examen de los gastos públicos y la propuesta de presupuesto del sector salud, a fin de asegurarse que el impacto fiscal de las inversiones en curso y propuestas sea sostenible. Además, el proyecto introduce nuevas maneras de aumentar o de usar más eficientemente los recursos financieros existentes en el sistema, como control de fraudes y recuperación de costos de pacientes con seguro privado.

D. Beneficiarios

- 5.16 El proyecto REFORSUS financiaría subproyectos para municipios, estados y proveedores de atención de salud sin fines de lucro, con objeto de beneficiar directamente a los 110 millones de personas que dependen exclusivamente del SUS para recibir atención médica. Los pobres recurren exclusivamente al SUS para recibir atención médica y en la actualidad no están recibiendo como es debido ni siquiera las intervenciones más eficaces en función del costo. El programa beneficia directamente a los pobres al mejorar la calidad del suministro de servicios de salud, y estimular la producción y entrega de una lista de las intervenciones más eficaces en función del costo que exigen los pobres, mediante el ajuste de sus tarifas de reembolso, entre otras medidas. El proyecto también beneficiaría a los pobres: i) al preasignar topes a las subvenciones para diferentes estados según indicadores de pobreza, entre otros; y ii) exigir fondos de contrapartida diferenciados de los municipios, estados e instituciones benéficas, igualmente según indicadores de pobreza. Para determinar el efecto multiplicador que los beneficiarios pueden ejercer sobre la selección de subproyectos y la asignación de inversiones, y cómo evalúan el impacto del REFORSUS, se hará una evaluación de beneficiarios durante la ejecución del proyecto. Esta evaluación se concentrará en: i) el proceso mediante el cual se producen los subproyectos en los municipios; y ii) el proceso decisorio a nivel estatal por medio del cual se van a financiar los proyectos.

BRASIL
REFORMA DEL SECTOR SALUD (BR-0199)
-REFORSUS-

MATRIZ DE CONDICIONALIDAD PROPUESTA PARA LA POLÍTICA SECTORIAL ^{1/}

Objetivos	Negociación, mayo de 1996	30 de noviembre de 1997	30 de noviembre
sación adecuada para ción de salud	B.1 Propuesta para reembolsar el costo total de las intervenciones con Prioridad 1. El reembolso de otras intervenciones sube con la inflación.	C.1 Calendario de reembolsos que cubre el costo total de intervenciones de Prioridad 1 y el 75% a 85% de los costos de intervenciones de Prioridad 2, dependiendo de la sustentación fiscal. El reembolso de intervenciones de Prioridad 3 sube con la inflación.	D.1 Calendario de reembolso para cubrir el costo completo de las intervenciones de Prioridad 1 y el 85% de los costos de las intervenciones de Prioridad 2, dependiendo de la sustentación fiscal. El reembolso de intervenciones de Prioridad 3 sube con la inflación.
a con restricciones sobre	B.3 Acordar intervenciones de Prioridad 1 sumamente eficaces en función del costo B.4 Acordar requisitos financieros del SUS para 1997 y la ejecución satisfactoria del presupuesto de 1995 B.5 Presentar legislación al Congreso para recuperar los costos de la atención proporcionada en el SUS a pacientes con seguro privado	C.3 Acordar las intervenciones de Prioridad 2 de eficacia moderada en función del costo, y las intervenciones restantes de Prioridad 3 C.4 Acordar los requisitos financieros del SUS para 1998 y la ejecución satisfactoria del presupuesto para 1996 y los nueve primeros meses de 1997	D.4 Acordar los requisitos financieros del SUS para 1999 y la ejecución satisfactoria del presupuesto de 1997 y los primeros meses de 1998
	B.6 Sistema Nacional de Auditoría a nivel federal, estatal y municipal. Informe satisfactorio sobre actividades de control de fraude en 1995	C.6 Sistema de auditoría activo en 8 estados y 150 municipios. Informe satisfactorio sobre actividades de control de fraude en 1996	D.6 Sistema de auditoría activo en 400 municipios. Informe satisfactorio sobre las actividades de control de fraude en 1997
federales en salud equidad en la recursos	B.7 Presupuestos globales de salud para un mínimo del 20% de transferencias federales de servicios de salud a estados y municipios B.8 Fórmula para la asignación automática de presupuestos a estados y municipios, incluido ingreso, salud y oferta existente.	C.7 Presupuestos globales de salud para un mínimo del 30% de las transferencias federales de salud a estados y municipios	D.7 Presupuestos globales de salud para un mínimo del 60% de las transferencias federales de salud a estados y municipios
	Cuatro estados y 80 municipios con autonomía avanzada		

^{1/} Se adjunta a esta Matriz la Carta de Políticas sobre Salud enviada al Banco por el Ministro de Salud.

BRASIL

Proyecto de reforma del sector salud - REFORSUS

CARTA DE POLÍTICAS SOBRE SALUD

AVISO/MS/No486/GM

Brasilia, D.F., 2 de julio de 1996

Al Presidente

Estimado señor:

Tengo el honor de dirigirme a usted con el objeto de presentarle la propuesta para el Proyecto REFORSUS, "Fortalecimiento de la Reorganización del Sistema Unificado de Salud", que llevará a cabo este Ministerio. El proyecto está basado en la necesidad de garantizar que en el Sistema Unificado de Salud (SUS) se observen los principios de equidad y universalidad, en conformidad con las leyes que rigen el sector salud en el Brasil.

En el transcurso de los diez últimos años, la reorganización del sistema de salud del Brasil ha traído consigo cambios considerables en los aspectos jurídicos, administrativos e institucionales del sistema, especialmente al unificar y descentralizar ciertas actividades. La Constitución Federal de 1988, con sus repercusiones sobre las Constituciones de los Estados (1989) y las Leyes Orgánicas Municipales (1990), y las Leyes Federales Nos. 8080/90 y 8142/90, proporcionan un marco jurídico propicio para incentivar cambios básicos en el sistema de salud.

En 1993, cuando se publicó la Norma Operativa Básica 01/93 del Ministerio de Salud, se introdujeron los términos que rigen el proceso de descentralización. Se previó la administración de la red de servicios de salud que se descentralizaría gradualmente, por etapas. Se incorporaron condiciones administrativas para los estados y municipios, conforme a las cuales aquéllos se responsabilizarían más de la administración de los recursos transferidos por el gobierno federal. Además, se establecieron foros para negociaciones entre instituciones, incluido el Comité Tripartito de Intergestión a nivel federal y el Comité Bipartito de Intergestión a nivel estatal, integrado por representantes del Ministerio de Salud, los estados y municipios, y formado con el propósito de negociar, formular propuestas y vigilar la introducción y operación del SUS, bajo la supervisión de los Consejos Nacionales y Estatales de Salud.

Este proceso de reforma organizacional no ha ido acompañado de un aumento en los fondos para el sector. Por el contrario, el flujo de recursos financieros hacia el sector ha seguido siendo limitado e incluso se ha reducido más. En vista de la inestabilidad de este financiamiento y de la falta de una política de remuneración adecuada para los proveedores de servicios, la inversión ha disminuido y la calidad de los

servicios prestados ha decaído drásticamente. Tanto las unidades públicas de atención de salud como las privadas complementarias se han hecho notoriamente obsoletas, y las desigualdades y deficiencias en la cobertura de la atención de salud y la higiene han empeorado. Los honorarios de los proveedores de servicios de atención de salud han quedado tan rezagados en comparación con el costo promedio de los servicios, que los hospitales filantrópicos, el puntal del sistema de salud pública, han cerrado unidades o han renunciado al sistema, mientras que los hospitales públicos han reducido el número de camas y la variedad de servicios ofrecidos.

Este deterioro ha obligado al gobierno actual a buscar maneras de remediar la situación. Una de ellas consiste en promover el proceso de descentralización iniciado en 1993, fortaleciendo los comités bipartitos y tripartitos, confiriendo más autonomía administrativa a los estados y municipios, y garantizando la transferencia de un volumen mayor de recursos federales como parte del presupuesto general. Este proceso se está consolidando por medio de la nueva Norma Operativa Básica del SUS, destinada a promover el proceso de descentralización mediante la inclusión de las transferencias automáticas y directas de recursos financieros a los estados y dándole a las Secretarías Municipales y Estatales de Salud más autonomía para operar el SUS. La Norma también tiene por objeto revisar la base del sistema para pagar los servicios prestados, concentrándose en la remuneración per cápita de la atención primaria de salud y definiendo una lista de incentivos destinados a acelerar el proceso de reformas.

Además de estos cambios en la Norma Operativa Básica, el Ministerio de Salud se ha esforzado por hacer lo siguiente: velar por una compensación adecuada para los proveedores de atención de salud; proteger el sistema contra el ulterior deterioro haciendo los cambios necesarios; reducir el fraude y aumentar la calidad de los servicios; hacer una distribución más equitativa de los recursos para cubrir los costos ordinarios y de capital, y controlar y estabilizar los gastos.

En su intento por garantizar que los proveedores de atención de salud reciban una compensación adecuada por sus servicios, en 1995 el Ministerio hizo un ajuste del 25% por costo de vida en las intervenciones de pacientes hospitalizados y ambulatorios, y estableció una junta de negociación de precios integrada por gerentes y representantes de los proveedores de servicios. También pensamos introducir un mecanismo para la revisión regular de los planes de honorarios para proveedores de servicios de atención de salud y actualizarlos sobre la base de estimaciones que se aproximen más al costo de las prácticas actuales de atención de salud. Además, pensamos publicar nuevos planes de honorarios, incluidos ajustes diferenciales, basados en los procedimientos que sean más eficaces en función del costo y en el pago completo de intervenciones de diagnóstico o tratamientos.

En 1995 iniciamos una campaña para proteger el sistema contra el deterioro futuro buscando nuevas fuentes de ingreso, en forma de un

proyecto de ley presentado al Congreso Nacional, destinado a recuperar los costos de la atención prestada a pacientes amparados por seguros de salud complementarios, y revisando nuestras exenciones tributarias a servicios privados de atención de salud. Una vez promulgada la ley que permita esta compensación, se introducirán inmediatamente medios operativos adecuados para hacer viable esta recuperación de los costos.

Fue nuestra preocupación por reducir el fraude y garantizar la calidad de los servicios, lo que llevó a la introducción del Decreto No. 1651/95, firmado por el Presidente de la República, para regular el Sistema Nacional de Auditoría (SNA), y a la creación del Comité Nacional de Atención de Salud. Ya se está redactando el reglamento y se están analizando casos de fraude e irregularidades desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo. Como resultado de estos análisis, de un total de 15 millones de hospitalizaciones, en 1995 se pagó el valor de 2 millones de estadías hospitalarias, es decir unos CR\$500 millones. Para aumentar la calidad de los servicios del sector salud, se desarrollaron técnicas para supervisar los resultados adversos en clínicas de maternidad. Se ampliará este programa en los tres próximos años a fin de incluir otros tipos de establecimientos, y también existen planes para introducir mecanismos de control de calidad en hospitales y unidades ambulatorias, así como realizar otras actividades, entre este año y 1998.

A fin de asegurar una distribución más equitativa de los recursos para cubrir los costos actuales y de inversión, se establecieron topes globales que incluyen la atención hospitalaria y ambulatoria. Estos se basaron en los programas integrados acordados con los Comités Bipartitos y que prevén un suministro por prioridades de los servicios de salud y parámetros aplicables a la demanda de esos servicios. En el campo de la atención primaria de salud, se está formulando un plan de remuneración per cápita para garantizar que todos los ciudadanos sean tratados con igualdad. En cuanto a la distribución de los recursos para inversión, se diseñó una fórmula para compensar a aquellos estados y municipios que tengan menos servicios de atención de salud y, por tanto, sus gastos públicos sean más bajos, a fin de aumentar la cobertura de la población. Estas técnicas se mejorarán a mediano plazo con el objeto de aumentar gradualmente el porcentaje de recursos para cubrir los gastos actuales y de inversión distribuidos a los estados y municipios sobre la base de criterios más equitativos. En este mismo campo, 87 municipios recibieron más autonomía para administrar su sector salud (condiciones de administración parcial). Una vez que entre en vigor la nueva Norma Operativa, esta cifra aumentará y se introducirán procedimientos para hacer transferencias automáticas de recursos a los estados que ya están autorizados oficialmente para recibir autonomía administrativa.

En cuanto al control y estabilización de los gastos, el gobierno aumentará a corto plazo las transferencias a los municipios al amparo del presupuesto general. En el transcurso de este año planea extender este proceso a nuevos municipios y estados. Además, está introduciendo

mecanismos para evaluar y administrar la divulgación de nuevas tecnologías en el SUS.

El programa para consolidar el SUS, que se inició en 1995 y se espera que dure hasta el próximo decenio, está basado en un modelo de administración descentralizada según el cual los estados y municipios asumirán responsabilidad y autonomía total y tendrán la capacidad administrativa para ejecutar las políticas requeridas para ese propósito. Según este plan de organización, el Ministerio de Salud desempeñará la función esencial de asegurar que el suministro de servicios no se fragmente y disperse, y que el sistema jerárquico regional funcione sin problemas.

Para el final de este periodo, todos los fondos federales ya habrán sido transferidos automáticamente a los municipios, que serán responsables directamente de suministrar servicios al pueblo, y después a los estados, de manera que puedan desempeñar sus funciones de coordinar el sistema y tomar medidas destinadas a garantizar igualdad de acceso y servicios de calidad. La distribución de estos recursos se basará en un programa financiero y físico integrado que se determinará en los foros entre instituciones.

Utilizando varios incentivos, y especialmente arreglos de financiamiento, el Ministerio de Salud tratará de elevar sistemáticamente los niveles de los honorarios para todos los servicios y actividades de atención de salud que demuestren una prueba irrefutable de ser eficaces, y le dará prioridad a aquéllos que se reconozcan como los más eficientes en función del costo, basados en su historial de ajustes por costo de vida, costos promedio nacionales en comparación con otros, o en el hecho de haber recibido prioridad en programas para determinar los presupuestos generales de los estados y municipios. Por tanto, en el transcurso de los diez próximos años, el perfil del suministro de servicios tendrá un nuevo diseño, con un aumento en servicios eficaces y eficientes en función del costo, en detrimento de aquéllos que han demostrado no serlo.

Las actividades del Proyecto REFORSUS, especialmente si continúan durante el decenio, permitirán detener el constante deterioro de la infraestructura física y corregir las deficiencias críticas en la administración, a la par que reducen el fraude al mínimo y garantizan normas aceptables de calidad para los servicios de atención de salud. A corto y medio plazo, para cuando la legislatura promulgue el proyecto de enmienda constitucional que ya se está debatiendo en el Congreso Nacional, ya deberán existir fuentes estables y regulares de cantidades viables de fondos para el SUS.

En resumen, para el año 2005, el SUS deberá estar funcionando sobre la base de la universalidad, con una distribución equitativa de los recursos y la descentralización total de las funciones gerenciales. Las fuentes, flujos y cantidades de recursos deberán ser suficientes para asegurar la remuneración adecuada de los servicios prestados, y

especialmente de los procedimientos seleccionados a los que se ha asignado prioridad.

Es en este contexto, y teniendo estas perspectivas en mente, que se ha preparado este proyecto, con el propósito de mejorar la infraestructura física, eficiencia, gestión y calidad del sistema de atención de salud financiado por el gobierno y dirigido con carácter prioritario a atender a los segmentos más vulnerables de nuestra población.

En espera de recibir su cooperación, quedo de usted,

Muy atentamente,

ADIB JATENE
Ministro de Salud

BRASIL

PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD - REFORSUS
Principales indicadores del desempeño

siguientes serían estudiados en los exámenes anuales. Doce de ellos, que serían acordados con el prestatario en las negociaciones, servirían como los principales indicadores de

Indicadores	Referencia 1996	1997	1998	1999	Meta 2000
Ministerio de atención de salud					
Desembolsada en subproyectos		13%	50%	77%	
Existencia de hospitales como un mínimo de dos de los siguientes sistemas de información: estabilidad de costos, facturación y recuperación de costos, normas de atención materna y seguridad en la eliminación de desechos y materiales médicos peligrosos					150 hosp y 50
Hospitalarios por 100 habitantes	10				
Consultas prenatales por cápita	2,3/pers/año				
Cobertura de embarazos con atención prenatal	(desconocido ahora)				
Cobertura de niños de 5 años con inmunización completa					
Cobertura de vacunación					
Porcentaje de ocupación hospitalaria (en los estados donde se recopila esta información; no nivel nacional), y número de estados en los que se recopila	(desconocido ahora)				
Porcentaje de estadías en hospitales					
Porcentaje de condiciones marcadoras (que serán acordadas) en una muestra de establecimientos					
Tasa de mortalidad materna	38/10.000				
Mortalidad relacionada con heridas					
Mortalidad en hospitales					
Porcentaje de infecciones nosocomiales (en los estados donde se recopilan estos datos) y número de estados en los que se recopila esta información.					

Indicadores	Referencia 1996	1997	1998	1999	Meta 2000
Financiamiento de atención de salud					
Reembolsos	45 días				
Cobertura del costo reembolsado por intervenciones de la Lista A (las más eficaces en función del costo)	50% (estimación aproximada promedio)				
Cobertura del costo reembolsado por intervenciones de la Lista B (las de eficacia media en función del costo)	50% (estimación aproximada promedio)				
Cobertura del presupuesto federal de reembolsos que financia la Lista A, después de ajustar los costos					
Cobertura de hospitales del SUS que recuperan costos de pacientes con seguro privado	---				
Cobertura de estados y municipios con autonomía avanzada	4 estados y 56 munic.				8 estados
Cobertura de estados y municipios con sistemas de auditoría activos	---				8 estados
Cobertura de presupuestos ordinarios transferidos automáticamente a los estados y municipios con sistemas de auditoría globales o capitación	20%				
Cobertura de gastos federales, estatales, municipales y privados en atención de salud en los estados					
Cobertura de gastos en salud como % del PIB	2,6%				

BRASIL
PROYECTO DE REFORMA DEL SECTOR SALUD

Exámenes anuales

1. Los exámenes anuales se realizarán con una combinación de personal del Banco y consultores especializados en administración de salud pública, economía sanitaria, desarrollo institucional y sistemas de información gerencial. Los exámenes los prepararía la UGP, e incluirían el estudio de informes de ejecución del proyecto, discusiones con los gerentes del MdS y visitas a varios estados. Los estudios se harían en noviembre de cada año y en ellos se evaluaría el desempeño del proyecto contra los planes de ejecución y metas acordados, y se proporcionará al Banco y a la gerencia del MdS información sobre los logros alcanzados por el proyecto. Más concretamente, en los estudios anuales se estudiarían:
- a) la ejecución de ambos componentes del proyecto durante el año anterior, incluidos los compromisos, desembolsos y cumplimiento con puntos de referencia;
 - b) los resultados reales en comparación con lo programado con respecto a: i) distribución de fondos entre los estados, y ii) distribución de fondos entre proyectos grandes para terminarlos y equipos de hospitales estatales y municipales, proyectos presentados por hospitales filantrópicos y proyectos a plazos corto y mediano;
 - c) las auditorías financieras y de adquisiciones;
 - d) las evaluaciones ex post de los beneficiarios;
 - e) el cumplimiento de las disposiciones de contratos de préstamos y las directrices del Banco;
 - f) la implantación general de la estrategia del sector salud, según se describe en la carta sobre política;
 - g) el desempeño financiero bajo el SUS durante el año anterior, y se llegaría a un acuerdo sobre el desempeño financiero satisfactorio para el año siguiente (según está previsto en la matriz de políticas);
 - h) los ajustes en los calendarios de reembolsos (según está previsto en la matriz de políticas);
 - i) las líneas cronológicas del pago de servicios de salud (según está previsto en la matriz de políticas);
 - j) la implementación de un sistema nacional de auditoría para reducir el fraude (según está previsto en la matriz de políticas);

- j) la implementación de un sistema nacional de auditoría para reducir el fraude (según está previsto en la matriz de políticas);
 - k) la implantación de un programa de garantía de calidad (según está previsto en la matriz de políticas); y
 - l) el progreso de los estudios y la asistencia técnica.
2. En los exámenes anuales también se analizaría el desempeño de la UGP (incluidas sus unidades regionales de asistencia técnica - URAT) con respecto a la ejecución del proyecto y la coordinación de las medidas tomadas por el MdS, los estados y los municipios para su ejecución. Se determinaría el grado hasta el cual el sistema de información gerencial del proyecto es apto para proporcionar la información adecuada para tomar decisiones y presentar informes a las instituciones financieras, incluido el Banco. Se analizaría la composición de la UGP para determinar si está en condiciones de brindar apoyo técnico adecuado a las unidades ejecutoras.
3. En los estudios anuales se determinaría el desempeño del proyecto desde el punto de vista del flujo de fondos, según está previsto en el contrato entre el MdS y el Banco del Brasil. También se determinará la calidad del análisis económico de grandes proyectos y la eficiencia de contratación de servicios de consultoría, según está previsto en el contrato entre el MdS y el BNDES.
4. Tomando como base lo anteriormente expuesto, el Banco y el MdS se pondrán de acuerdo con respecto a:
- (a) los elementos principales de la ejecución del proyecto;
 - (b) las modificaciones propuestas al diseño del proyecto, si fueran necesarias, para ajustarlo a circunstancias cambiantes; y
 - (c) el plan de trabajo para el periodo siguiente.

PROYECTO DE RESOLUCION

BRASIL. PRESTAMO /OC-BR A LA REPUBLICA FEDERATIVA DE BRASIL
(Proyecto de Reforma del Sector de Salud)

El Directorio Ejecutivo

RESUELVE:

Autorizar al Presidente del Banco o al representante que él designe, para que en nombre y representación del Banco proceda a formalizar el contrato o contratos que sean necesarios con la República Federativa del Brasil, como Prestataria, para otorgarle un préstamo destinado a cooperar en el financiamiento de un Proyecto de Reforma del Sector de Salud. Dicho financiamiento será por una suma de hasta trescientos cincuenta millones de dólares de los Estados Unidos (US\$350.000.000) o su equivalente en otras monedas, excepto la de la República Federativa del Brasil, que formen parte de los recursos del capital ordinario del Banco, y se sujetará a las "Condiciones Contractuales Especiales" y a los "Plazos y Condiciones Financieras" del Resumen Ejecutivo de la Propuesta de Préstamo.