



**EACH**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

**Escola de Artes, Ciências e Humanidades**

**Gestão de Políticas Públicas**

**Modelos de gestión de los sistemas públicos de salud:  
estudio comparativo entre Brasil, Portugal y España**

Diego Pugliese Tonelotto

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Mori Sarti - USP  
Co-orientador: Prof Dr. Celso Cancela Outeda - UVIGO

São Paulo  
Setembro de 2015

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (*Declaración de Derechos Humanos, artículo 25*)

## **Dedicatorias y Agradecimientos**

Agradezco a mis padres, mis abuelos, mi tía y mi novia por toda ayuda y apoyo que siempre me dieron. A la Universidade de São Paulo y la Universidad de Vigo por propiciaren que fuese posible este periodo de intercambio académico. Y a los profesores que contribuirán para mi formación.

## Sumario

Lista de imágenes, tablas y gráficos .....	5
Resumo.....	7
Introducción.....	8
1 – Área de la salud pública.....	13
2 – Presentación de los Estados estudiados.....	18
2.1 – Brasil.....	19
2.1.1 – Datos sociales.....	20
2.1.2 – División político administrativa.....	22
2.2 – Portugal.....	23
2.2.1 – Datos sociales.....	24
2.2.2 – División político administrativa.....	26
2.3 – España.....	27
2.3.1 – Datos sociales.....	28
2.3.2 – División político administrativa.....	30
3 – Los sistemas de salud pública.....	31
3.1 – Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil .....	32
3.1.1 – Descripción Jurídica.....	33
3.1.2 – Reparto de competencias y gestión.....	33
3.1.3 – Forma de financiamiento .....	35
3.1.4 – Relación con el sector privado.....	36
3.2 – Sistema Nacional de Saúde (SNS) - Portugal.....	38
3.2.1 – Descripción Jurídica.....	38
3.2.2 – Reparto de competencias y gestión.....	40
3.2.3 – Forma de financiamiento. ....	41

3.2.4 – Relación con el sector privado.....	42
3.3 – Sistema Nacional de Salud. ....	43
3.3.1 – Descripción Jurídica.....	44
3.3.2 – Reparto de competencias y gestión.....	44
3.3.3 – Forma de financiamiento. ....	47
3.3.4 – Relación con el sector privado.....	47
4 - Comparación de los Sistemas Públicos de Salud. ....	49
4.1 – Descripción legal.....	52
4.2 – Descripción del sistema .....	53
4.3 – Reparto de competencias y gestión. ....	54
4.4 - Financiamiento.....	57
4.5 – Relación con el sector privado. ....	59
Conclusiones y proposiciones .....	61
Bibliografía. ....	72
Anexo .....	76
Anexo 1: datos generales de Brasil.....	77
Anexo 2: datos generales de Portugal .....	78
Anexo 3: valor de las tasas moderadoras para consultas.....	79
Anexo 4: datos generales de España .....	80

## Lista de imágenes, tablas y gráficos

### Imágenes

Imagen 1 – El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total de 2010.....	16
Imagen 2 – Pirámides de edades de Brasil.....	20
Imagen 3 – Mapa administrativo de Brasil .....	23
Imagen 4 – Pirámides de las edades de Portugal.....	24
Imagen 5 – Mapa administrativo de Portugal .....	26
.....	
Imagen 6 – Pirámide de las edades de España .....	28
Imagen 7 – Mapa administrativo de España .....	30

### Tablas

Tabla 1: Datos demográficos de Brasil.....	20
Tabla 2: Utilización de fuentes de agua y saneamiento mejoradas por región en Brasil .....	21
Tabla 3: Evolución de indicadores económicos de Brasil.....	21
Tabla 4: Desempleo y características de esto en Brasil.....	21
Tabla 5: Datos demográficos de Portugal. ....	24
Tabla 6: Utilización de fuentes de agua y saneamiento mejoradas por región en Portugal .....	25
Tabla 7: Evolución de indicadores económicos de Portugal .....	25
Tabla 8: Desempleo y características de esto en Portugal .....	25
Tabla 9: Datos demográficos de España .....	28
Tabla 10: Utilización de fuentes de agua y saneamiento mejoradas por región en España .....	29
Tabla 11: Evolución de indicadores económicos de España .....	29
Tabla 12: Desempleo y características de esto en España .....	29
Tabla 13: Evolución de los indicadores de salud en Brasil .....	32
Tabla 14: Evolución y detalle de los gastos en salud en Brasil .....	37
Tabla 15: Evolución de los indicadores de salud en Portugal .....	38
Tabla 16: Evolución y detalle de los gastos en salud en Portugal .....	42

Tabla 17: Evolución de los indicadores de salud en España .....	43
Tabla 18: Sistemas Autonómicos de Salud. ....	46
Tabla 19: Evolución y detalle de los gastos en salud en España. ....	48
Tabla 20: Evolución de la tasa de dependencia.....	50
Tabla 21: Comparación de los datos de los países y sistemas estudiados .....	67

## Gráficos

Gráfico 1: Relación de jóvenes para cada persona mayor por país. ....	50
Gráfico 2: Evolución de la participación del sector de la salud en el PIB .....	51
Gráfico 3: Participación de los gastos de salud en la renta per cápita. ....	51
Gráfico 4: Porcentaje de la salud en los gastos públicos totales. ....	58
Gráfico 5: Porcentaje de los gastos privados en el gasto total en salud en los países.....	60

## Resumo

El trabajo buscó realizar un estudio comparado entre los sistemas públicos de salud en Brasil, Portugal y España, exponiendo su origen, la constitución normativa y descripción jurídica, el reparto de competencias entre los niveles de gobierno, el modelo de financiación con el origen y la transferencia de recursos, y la relación con el sector privado. Habiendo para esto hecho la descripción de los países y sistemas sanitarios, el apunte de las similitudes y diferencias, y la exposición los puntos fuertes y débiles, buscando de esta forma identificar posibilidades para proponer cambios que mejoren o amplíen la eficiencia de los factores estudiados y construir una tabla comparativa con las informaciones contenidas en la investigación.

**Palabras-clave:** salud pública, sistema público de salud, sistema sanitario, estudio comparado.

## Resumo:

O trabalho procurou realizar um estudo comparativo entre os sistemas de saúde pública no Brasil, Portugal e Espanha, expondo a sua origem, a constituição normativa e descrição legal, a repartição de competências entre os níveis de governo, o modelo de financiamento com a origem e transferência de recursos, e a relação com o setor privado. Fazendo para isto a descrição dos países e sistemas de saúde, o apontamento das semelhanças e diferenças, e a exposição dos pontos forte e fracos, procurando assim identificar oportunidade e propor alterações para melhorar ou ampliar a eficiência dos fatores estudados e construir um quadro comparativo com as informações contidas na pesquisa.

**Palavras-chave:** saúde pública, sistema público de saúde, sistema de saúde, estudo comparativo.

## Abstract

*This work tried to conduct a comparative study of the public health systems in Brazil, Portugal and Spain, exposing its origin, the normative constitution and legal description, the division of powers between levels of government, the financing model with the origin and transfer of resources, and the relationship with the private sector. To make this possible, it has been done a description of the countries and their health systems, pointing out the similarities and differences, and exposing the strengths and weaknesses, thus seeking to identify opportunities and propose amendments to improve or increase the efficiency of the studied factors and build a comparative table with the information obtained in the survey.*

**Keywords:** *public health, public health system, health system, comparative study.*



## Introducción

El siglo XX estuvo marcado por una serie de conquistas sociales debido a luchas por derechos, siendo uno de los principales la salud, ya en 1948 apareciendo contenida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25. Desde entonces, el área de la salud ha sufrido grandes cambios, tanto como un derecho civil, como un sector económico.

Con la construcción de los estados de bienestar social en Europa desde el inicio del siglo, y en América Latina el aumento de los derechos sociales después del periodo de redemocratización en los años 70 y 80, la creación de sistemas públicos de salud, universales y amplios, fueron uno de los principales aspectos que caracterizan estos momentos.

Con esto cambia la visión sobre los servicios de salud, sostenida hasta entonces por las entidades filantrópicas, como la Iglesia o la Cruz Roja, las estructuras corporativas vinculadas a categorías profesionales, y por los servicios asistenciales hechos por el gobierno a algunos grupos sociales. A partir de este momento, con la mudanza de salud de un privilegio para un derecho, tornó necesaria la creación de sistemas nacionales para garantizarlo, estructuras públicas hechas a toda la población los servicios de salud que estas demandaban.

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el derecho a la salud no debe ser entendido como el derecho de una persona a estar sana, sino que el Estado debe propiciar condiciones para que los ciudadanos puedan tener una vida lo más saludable posible, con acceso a un sistema que contenga atención sanitaria aceptable, accesible y de calidad (OMS, 2013). En 2000 la Organización de las Naciones Unidas (ONU), través del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, afirmó que este derecho también no se limita a atención oportuna a la salud, si no a factores que impactan ésta, como las condiciones sanitarias, la alimentación y nutrición, la viviendas, la educación, medio ambiente, entre otros. Asignando también una obligación para los Estados de elaborar e implementar acciones nacionales de salud pública que tengan en cuenta estos factores y las necesidades de sus poblaciones en relación a los cuidados con la salud. (OMS, 2013)

Pero, debido a factores históricos, sociales, culturales, económicos y políticos, cada país tuvo un periodo y un proceso de creación diferente de su sistema público de salud, habiendo así una gran cantidad de modelos con diferentes combinaciones de factores, como el modelo de financiación, la distribución de competencias a nivel nacional, regional y local, la relación público y privado, el objetivo, las directrices, etc. De esto modo, cada sistema busca adaptarse a su realidad social, haciendo que no haya un modelo ideal a ser seguido por todos los países del mundo.

Por sistema de salud entendemos “las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud” (OMS), disponiendo de personas, recursos, informaciones, instalaciones y dirección que buscan lograr este objetivo, prestando servicios que atiendan las necesidades de los usuarios de modo accesible del punto de vista financiero y geográfico.

Pero no sólo factores técnicos impactan en la estructuración de los sistemas, hay también los factores políticos que deben ser tomados en consideración, como la asignación de recursos (cantidad) y dónde serán utilizados (localidad), que por veces puede ser hecha para disminuir la oposición o favorecer determinado grupo, y no para atender las demandas sociales (Silva y Viana, 2011). Junto con esto, debemos tener en vista que el gobierno dispone de recursos finitos, que deben ser repartidos con otras áreas, haciendo que haya siempre la necesidad de ponderación entre la cobertura y la calidad de los servicios prestados, a la vista que es imposible ofrecer todo para todos los ciudadanos.

No obstante no quiere decir que sea imposible hacer comparaciones entre los sistemas, al contrario, hecho que cada sistema tenga un arreglo diferente de factores, nos permite estudiar el modo que cada uno de estos impacta en el sistema, posibilitando de esta forma hacer evaluaciones y proponer cambios en la relación entre estos factores, haciendo posible la busca y la mejora continua de cada sistema con base en los otros existentes, siendo esto importante para que el gobierno pueda tomar mejores decisiones en relación a implementación de políticas y de los resultados esperados por estas. Sabiendo también que cada vez más se reconoce la importancia de mantener y mejorar las condiciones de salud en todo el mundo, los

gobiernos deben construir sistemas de salud bien estructurados, y prestar servicios de prevención y rehabilitación a todas las personas. (OMS)

El presente trabajo pretende estudiar la estructura y la gestión de los servicios públicos de salud de Brasil, Portugal y España, teniendo en cuenta sus marcos legales y las formas de descentralización, la distribución de las obligaciones entre los diferentes niveles de gobierno, sus modelos de financiación y la relación con el sector privado.

Este tema fue elegido de una parte para dar continuidad a otros trabajos ya hechos sobre la salud pública, y de otra parte para profundizar en los exámenes de esta temática con la intención de cursar un master sobre Gestión de Salud Pública. Además, tiene también la importancia del propio tema, pues la salud impacta directamente la calidad de vida de las personas, siendo ello también un derecho reconocido mundialmente, sea en las constituciones nacionales, sea en las instituciones internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas. He elegido estos países por ser los que más conozco, facilitando la busca de datos en el periodo disponible que tengo para hacer el trabajo, y por la ligación histórica que tiene estos países, habiendo así una aproximación social entre ellos que facilita la comparación.

Así, el objetivo del estudio es una evaluación de las similitudes y diferencias entre los sistemas y construir un cuadro comparativo de los principales datos de los países estudiados. Para proponer posibles cambios en sus estructuras con base en los datos obtenidos. El estudio usará las normas relativas a la administración y el derecho a la salud de cada uno de estos países, considerando sus constituciones nacionales, leyes de creación y gestión de sus sistemas, las que regulan las formas de financiación, y otras complementarias. También utilizará datos e información de las páginas web oficiales de cada Ministerio de Salud, los institutos de estadística y otros, así como de organizaciones internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Finalmente, recurriré a estudios y documentos sobre el tema de la gestión de la salud pública en cada país, buscando profundar lo tema y familiarizarse con la lectura elemental que trata del tema.

Como esta investigación busca hacer una comparación entre temas de ciencias humanas (política, derecho, gestión), no es posible hacerlo puramente con herramientas estadísticas. Por esto, la comparación tomará en consideración cuestiones más cualitativas que cuantitativas, como el diseño del modo con que se debe actuar, ser financiado, y algunos datos sobre salud y correlatos, para que se pueda observar la evolución de los principales indicadores de salud, como mortalidad infantil y expectativa de vida. Este trabajo de fin de grado será estructurado en seis capítulos; Cada uno expondrá una cuestión específica, facilitando la comprensión, el ordenamiento del estudio y la obtención de resultados.

En primero capítulo se hará una breve exposición de la temática de la salud, el impacto en la economía y la sociedad, la caracterización de su mercado, y la importancia de la acción del Estado en el sector. Esta parte explicará los conceptos básicos para la elaboración de los restantes apartados.

En el segundo apartado, describiremos algunos datos históricos, sociales y económicos de los países involucrados en el estudio, así como su división administrativa y su modelo político; Se considera necesario esto para contextualizar adecuadamente la información que será utilizada en el estudio.

Estas dos partes introducirán las informaciones básicas sobre el tema y el objeto estudiado, sus diferencias y similitudes, lo entendimiento de los asuntos y términos utilizados, y del modo que será hecha el análisis.

La tercera parte presentará los datos descriptivos de los sistemas de salud de cada país, como las leyes que les conciernen (Constitución, leyes, decretos), el modelo de organización territorial, las responsabilidades de cada nivel de gobierno y el modelo de financiación. Así como la evolución de algunos indicadores de estos países para permitir una mejor visualización del sistema en estos países. Será donde se describirá los objetos de estudio de manera más profundada, resaltando los datos e informaciones que serán utilizados en el estudio.

En la cuarta parte, se comparará los sistemas de salud pública de cada país, señalando las similitudes y diferencias en las áreas analizadas, haciendo la presentación conjunta de la evolución de algunos indicadores de los países estudiados, utilizando también estudios sobre el tema, en libros, revistas y portales

académicos, presentando los puntos importantes en las evaluaciones sobre los sistemas analizados, posibilitando así complementar las informaciones obtenidas hasta el momento y profundizar el tema.

En la quinta parte, de las conclusiones, serán expuestos los puntos fuertes y débiles de cada sistema, apuntando posibilidades de mejora con base en las informaciones expuestas anteriormente, junto con proyecciones de los cambios propuestos y posibles escenarios derivados de estas. Haciendo al final la elaboración de un cuadro comparativo del actual sistema de cada país.

En la última parte, se harán las consideraciones finales, donde los datos levantados y los resultados obtenidos serán expuestos brevemente, con toda probabilidad, obtendremos líneas de trabajo para futuras investigaciones sobre el tema que no se puede hacerse en este trabajo.

## 1 – Área de la salud pública.

Entre los siglos IV y V d.C. tuvieron origen los primeros hospitales, instituciones mantenidas por la Iglesia con el objetivo de alojar y prestar auxilio a las personas que necesitaban, no sólo para tratamiento de enfermos, más también para cuidados de huérfanos, viajeros, miserables, entre otros, de esto viene su nombre *hospitale* (del latín: lugar donde se recibe, cuida y aloja personas necesitadas) (Coelho, 2010). Con el tiempo algunas de éstos establecimientos fueron se especializando en el tratamiento de enfermedades, pero aún sin la presencia de médicos, sólo de algunos miembros de la propia Iglesia, manteniendo una visión más de disminuir el sufrimiento y propiciar confort a la persona. Esto sucedió por toda la Edad Media, hasta el inicio de la Edad Moderna.

Con el fortalecimiento de las monarquías, el surgimiento del Estado-nación, y la disminución del poder religioso, algunas de estas funciones pasan a ser gestionadas por las administraciones estatales. Habiendo así una gradual transferencia de funciones de la Iglesia para los gobiernos nacionales. Pero no sólo la gestión, como también el objetivo de los hospitales mudó con esto. Progresivamente se fue cambiando la visión de acogida para la de curación, el papel de médico empieza a ser más presente, así como el estudio de las molestias e de algunas de sus causas, incluyendo la enseñanza médica dentro de la institución. (Coelho, 2010)

No lo tanto aún no se tenía una comprensión de los factores que generaban las molestias, acreditando que estos eran causados por factores propios del cuerpo y relacionados con el ambiente. Sólo en el Siglo XIX, con la teoría bacteriológica de Pasteur y Koch, y la introducción de conceptos como incubación, infección, hospedero, etc., se empieza a tener un entendimiento de las causas que generan las molestias. Esto hizo con que los cuidados médicos se convirtiesen, con el uso de estudios clínicos, introduciendo nuevas estructuras en los hospitales y nuevos conocimientos en la ciencia médica. (Coelho, 2010)

Pero esto hizo con que los cuidados médicos fuesen más costosos conforme la medicina se desarrollaba, haciendo con que una parcela cada vez menor de la población tuviese acceso a los tratamientos, marginalizando las clases más

necesitadas (Coelho, 2010). Esto, junto a un sistema sanitario poco estructurado, acabó generando brotes de enfermedades en el periodo.

Por estos motivos, al final del siglo XIX e inicio del XX, muchos Estados empezaron a implementar sistemas de salud públicos, pero direccionado sólo a población carente y a las molestias contagiosas, como la lepra o la tuberculosis. Durante el siglo XX, principalmente en los países que tenían desarrollado un estado de bienestar social, estos sistemas de salud fueron se ampliando para otras parcelas de la sociedad y abarcando nuevos tratamientos y cuidado de molestias. Pero la atención aún estaba centrada en los cuidados clínicos y en los hospitales, generando un coste cada vez mayor para mantener todo el sistema.

Esto se sucedió hasta década de 70, cuando por motivos económicos (crisis del petróleo) y políticos (neo-liberalismo) estos gastos crecientes empezaron a ser cuestionados. Por esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo una conferencia en lo Kazajstán en 1978, donde se inició el programa "Salud para todos en el año 2000", que buscaba combatir el aumento de los gastos públicos cambiando el modelo de asistencia, ampliando la atención primaria y las acciones preventivas dentro de los sistemas nacionales de salud, cambiando el paradigma clínico-hospitalario vigente hasta aquel momento.

A partir de esto, muchos países han reformado sus sistemas de salud, incluido políticas preventivas y un mayor peso de la atención primaria (Coelho, 2010). Junto a esto, ocurrió también la delegación de algunas acciones de cuidados a salud, dando mayores responsabilidades para los gobiernos locales y regionales (Ibanes, 2011), proceso esto debido a las ideas neo-liberales que ganaran fuerza en los años 80 y 90, que defendían una menor intervención estatal y mayor descentralización. Pero estos cambios no ocurrirán de modo lineal ni espontanea, haciendo con que el proceso siga hasta los días de hoy, donde estructuras neo-liberales y del estado de bien estar social coexistan en los sistemas públicos de salud actuales, con diferentes grados y configuraciones.

Así podemos ver como la salud se ha insertado dentro del ámbito público, pero aún hay las características propias del sector. La salud es uno de los factores que más impactan en las vidas de las personas o de una población, siendo esto por sí sólo uno importante motivo para que el poder público haga políticas e acciones

para promoverla. Sin embargo, hay también otros factores que llevan a la necesidad de la actuación del Estado en esta área, como el impacto en la sociedad, las externalidades positivas que genera y las características del mercado.

En relación a la enfermedad, los impactos que esta causa en la persona y en la sociedad son fáciles de ser observados, como la queda de la cualidad de vida, la pérdida de productividad, el gasto y el tiempo necesarios para el tratamiento y recuperación, la disminución de la convivencia social, etc. Pero, no sólo físicamente, la dolencia en algunos casos puede cambiar la relación que el individuo tiene consigo mismo, con ello y la sociedad, o de la sociedad con ella misma.

En relación de la visión que el individuo tiene de ello mismo, casos como cáncer, esterilidad o parálisis, pueden generar un trauma psicológico, causando un empeoramiento de la situación de salud de la persona. Hay enfermedades que se transforman en estigmas sociales, como la lepra, el alcoholismo o la SIDA, las cuales hacen con que la persona quede con una imagen negativa en la sociedad, sufriendo discriminación y rechazo. También hay casos que la sociedad como un todo cambia sus comportamientos por causa de esto, como el caso de la dengue, de la peste negra, el ébola, o la gripe H1N1, que hábitos comunes como la convivencia, el contacto directo con otras personas, el trato con los muertos y los enfermos, o las practicas fúnebres.

Así, el cuidado con la salud va más allá de la cuestión individual, se convierte un tema de interés público, que presenta fuertes impactos sobre toda la población, teniendo consecuencias locales, nacionales e incluso internacionales en algunos casos.

En relación al mercado de salud, no hay autorregulación por los precios, como en los mercados competitivos (Viana e Silva, 2011), pues existen fallos de mercado en el sector que hacen con que ella adquiera características propias. Primero hay los altos costes, de formación profesional y equipamientos necesarios, lo que dificulta la libre entrada en el mercado y la circulación de factores dentro de ellos, debido que por la especialización el coste cambios el muy elevado. Otro punto es la asimetría de información, por sólo el médico (oferta) tener el conocimiento necesario para evaluar la situación y así direccionar el paciente (demanda) para la necesidad de uso (consumo) de otros bienes (medicamentos, tratamientos) y

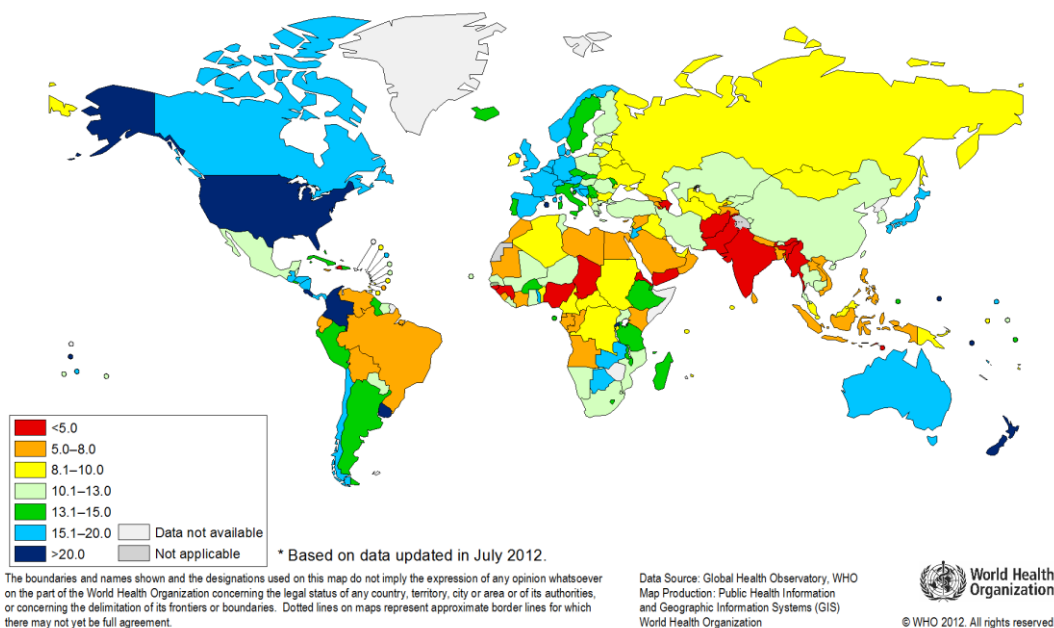


servicios (consultas, hospitalizaciones), influyendo así en su decisión. Esto junto con la inelasticidad de la demanda, visto que la necesidad de cuidados no cambia con los precios, haz con que el mercado pueda ser considerado monopolístico, donde la característica del consumidor (poca información y gran necesidad del servicio), permite que el ofertante (que posee el conocimiento) dirija sus preferencias como única elección posible. (Sancho, 2007)

Los países más ricos del globo tienen un gasto en salud que equivale entre 6% y 15% de su PIB, considerando el sector privado y el público juntos. Pero hay una diferencia en los tipos de gastos hechos por ellos. El sector privado tiene su gasto direccionado principalmente para la investigación y el desarrollo tecnologías, pero esto centrarse en la generación diagnósticos más precisos y tratamientos más eficaces, y no para la disminución de los costes de tratamientos o utilización de menos recursos (Silva y Viana, 2011). Esto hace con que la medicina se vuelve cada vez más costosa, en las últimas décadas, sin que con esto los indicadores de salud tuviesen una evolución proporcional, no habiendo una ligación directa con el gasto total en el sector y sus resultados. (Coelho, 2010)

Imagen 1 - El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total de 2010.

**General government expenditure on health as a percentage of total government expenditure (in US\$), 2010 \***



Fuente: OMS, 2012

Además, hay la externalidad externa positiva generada por el investimento en salud, como los beneficios sociales de la prevención de epidemias y la mejoría de la calidad de vida, y de factores económicos como el menor coste futuro en tratamientos y el aumento de la productividad del individuo. (Sancho, 2007).

Así, la no actuación del poder público en el sector de la salud, como prestador de servicios y como regulador, se hace necesaria para evitar que haya una gran desigualdad en relación al acceso a los cuidados médicos, por generar impactos positivos en toda la sociedad, además de ser un derecho humano que debe ser garantizado.

"Si el acceso a la política de salud se salió al mercado, es decir, si la salud era una mercancía, los necesitados serían excluidos del proceso por su incapacidad de pago. La política social opera subsidiando la producción de bienes y servicios para ofrecerles a la población a un precio inferior al precio de mercado, a un costo más bajo que su costo de producción, o incluso gratis. Es decir, el Estado es el que opera la democratización del acceso "(Dain, 2000, p.10, apud: Sancho, 2007, p.50).

## **2 – Presentación de los Estados estudiados.**

Antes de hablar específicamente de los sistemas nacionales de salud de cada país, tenemos de entender el ambiente sociopolítico existente en cada uno de éstos, para que no cometamos anacronismos o construyamos comparaciones que fugan de la realidad de cada sociedad. Pues como ya apuntado, la configuración de los sistemas de salud cambia en cada sociedad con el objetivo de adaptarse mejor a las demandas de su población, levando en consideración los limitantes existentes en cada país.

Por esto, factores como la formación histórica, el tamaño del país, nivel de renta, estructura económica, modelo de administración política, características demográficas, grado de urbanización, acceso a fuentes de agua potable y a servicios sanitarios, tasa de alfabetización, tasa de paro, entre otros, son datos importantes durante el proceso de evaluación y comparación entre los sistemas.

De esto modo, haremos una presentación de estas informaciones de forma sintética, las exponiendo de forma con que pueda ser posible compararlas al final del trabajo. Por esto los datos usados fueran retirados de órganos internacionales, como la OMS, haciendo con que haya una normalización y pueda ser hecha una evaluación para todos los países.

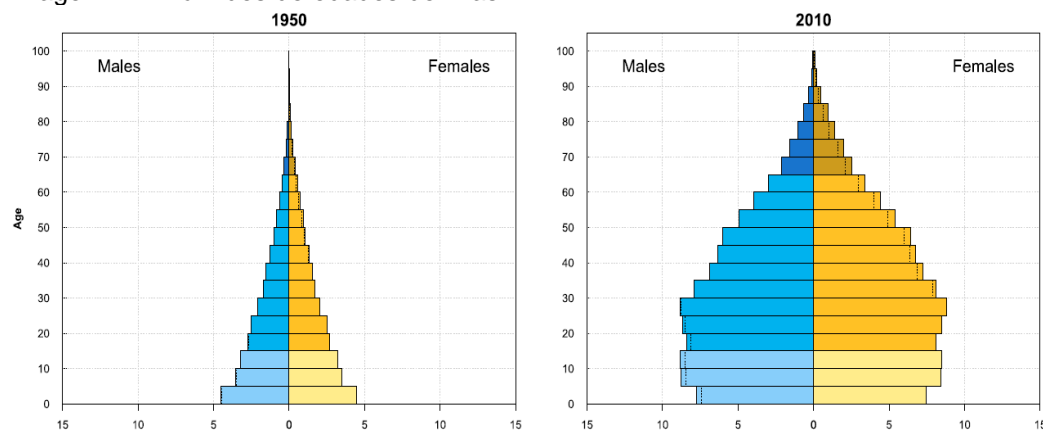
## 2.1 – Brasil

La República Federativa del Brasil es un país localizado en la América del Sur, con un área de 8.515.767,049 Km<sup>2</sup>. Colonizado por Portugal en 1500, sirvió como productor agrícola (Cana-de-azúcar, café) y de oro para esto. En 1822 consigue su independencia través de una negociación política y económica con su metrópoli, e iniciase la monarquía, con el hijo del rey portugués como regente del Brasil, facto esto que posibilitó que el país no se fragmentase y mantuviese la unidad administrativa, al contrario de los demás países de América del Sur. Esta duraría hasta 1889 con la proclamación de la república, un período en que las elites agrarias del país, través de acuerdos locales, cambiaban se no poder, lo que acabó generando un empoderamiento de los estados. En 1930, Getulio Vargas asume el poder del país, donde quedaría hasta 1945, iniciando un proceso de estructuración de un Estado Nacional, en las bases del modelo Fascista Italiano, con una estructura centralizada e corporativista, recentralizando tareas que eran competencias de los estados en el periodo anterior, como la salud. De 1945 hasta 1964, el país tiene la fase de la democracia populista, un momento de grandes investimentos públicos y privados, aun con una estructura corporativista e centralizada y mayor participación de las empresas internacionales. Con la Revolución de 64 tiene inicio el Régimen Militar, que empieza el desmonte de las estructuras corporativas y las centralizan en el Estado. En 1979, después del “milagro económico”, un periodo de grande desarrollo y rápida urbanización, tiene inicio la abertura política y el proceso de redemocratización, terminando en 1985 con la pose de Sarney. Tres años después es promulgada la nueva Constitución del Brasil, en 1988, con una gran participación de la sociedad. En lo año siguiente, Fernando Collor de Melo es electo directamente el primer presidente del país después de la redemocratización. En 1994 tiene inicio el “Plan real”, que estabilizó la economía, disminuyo la inflación y posibilitó el mayor control de los gastos públicos, principalmente en el modelo de financiación de la salud.

### 2.1.1 – Datos sociales.

El país tiene una población de aproximadamente 200,36 millones de personas (IBGE), siendo que 7,31% tienen menos de 5 años y 7,52% más de 65 años. En los últimos 50 años las características demográficas sufrirán grandes mudanzas, debido al desarrollo económico que hubo en este período, lo que generó el aumento brusco de la población y el aumento de la expectativa de vida, presentando en la actualidad con una población madura, o sea, en transición para una estructura con más personas mayores y menos jóvenes, como expuesto en la imagen abajo

Imagen 2 – Pirámides de edades de Brasil



Fuente: ONU, 2012

Otro factor impactante fue la rápida urbanización, y en la mayoría de las veces desordenada. Presentando hoy una tasa de 85,17% de personas que viven en las ciudades. Siendo que casi mitad de estas en grandes ciudades, característica de este tipo de urbanización, la macrocefalia urbana.

Tabla 1: Datos demográficos de Brasil

Población	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Total (millón)	121,74	136,22	149,64	161,89	174,50	186,14	195,21	200,36
Entre 0 y 14 años(%)	38,05	36,96	35,28	32,49	29,60	27,57	25,49	24,08
65 años de edad y más (%)	4,21	4,19	4,46	5,01	5,49	6,17	6,91	7,53
Población rural (%)	34,53	30,14	26,08	22,39	18,81	17,17	15,67	14,83
Población urbana (%)	65,47	69,86	73,92	77,61	81,19	82,83	84,34	85,17
Aglomerados urbanos > 1 millón (%)	33,45	33,96	35,11	36,37	37,72	38,11	39,16	39,92

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Otro factor importante fue la mejora en la educación y la ampliación en el saneamiento básico. En 2000, la tasa de analfabetismo en Brasil estaba en cerca de 14%, valor esto que fue disminuyendo, hasta 2012, cuando 90,4% de las personas mayores de 15 años eran alfabetizadas. La tabla abajo muestra el avance de la

mejoría de las condiciones de saneamiento en las últimas décadas, siendo estos uno de los motivos de la mejoría de los indicadores de salud básica en Brasil. No lo tanto aún presenta grandes problemas sociales, lo que es mostrado por el Índice de Desarrollo Humano de 0,699. (*Human Development Reports*, 2014)

Tabla 2: Utilización de fuentes de agua y saneamiento mejoradas por región en Brasil

Año	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)			Población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas (%)		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
2012	85	100	98	49	87	81
2010	84	99	97	48	86	80
2005	80	98	95	44	85	78
2000	76	98	93	39	83	75
1995	72	97	91	35	81	71
1990	68	96	88	31	79	67

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

El Producto Interno Bruto en 2013 fue de 2.246 trillones de dólares, pero observando el PIB per cápita, se nota que el Brasil aún es un país pobre, con valores muy inferiores a de los países desarrollados. Se sumando a esto, hay también la desigual distribución de renda, como apuntado en el Coeficiente de Gini de 54,69 (*Human Development Reports*, 2014). Pero, mismo con las, crisis el país mantuvo la queda del desempleo, y un crecimiento constante, lo que se reflejó en la mejora de vida de la población.

21

Tabla 3: Evolución de indicadores económicos de Brasil

Año	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
PIB per cápita (US\$ de 2005)	4217	3977	3999	4300	4407	4739	5618	5823
INB per cápita (US\$ de 2005)	4078	3758	3893	4238	4285	4603	5513	5708

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Tabla 4: Desempleo y características de esto en Brasil

Desempleo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total (% población activa total)	9,3	8,4	8,1	7,1	8,3	7,9	6,7	6,1	5,9
De largo plazo (% desempleo)	24,6	22,6	20,8	18,9	15,7	17,7	16	14,6	..
Jóvenes (% de la población activa)	19,4	17,7	16,7	15,5	17,8	17,2	15,2	14,4	13,6

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

### 2.1.2 – División político administrativa.

El Brasil es una república federal formada por la unión de los Estados, de los municipios que los componen y del Distrito Federal, constituyendo un Estado democrático y de derecho<sup>1</sup>. Habiendo todos ellos autonomía política y financiera, respetando la Constitución<sup>2</sup>.

Políticamente es un país presidencialista, siendo bicameral en la Unión, donde el legislativo es compuesto por el Senado (representante de los Estados) y por la Cámara de los Diputados (representante de la población); y unicameral en los Estados y municipios, la Cámara Estadual de los Diputados y la Cámara de los Vereadores. Siendo los cargos ejecutivos (presidente, gobernador y prefecto) elegidos directamente por los personas en sufragio universal en elecciones mayoritarias.

Imagen 3 – Mapa administrativo de Brasil



Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

1 Artículo 1º de la Constitución de Brasil  
2 Artículo 18º de la Constitución de Brasil

## 2.2 – Portugal.

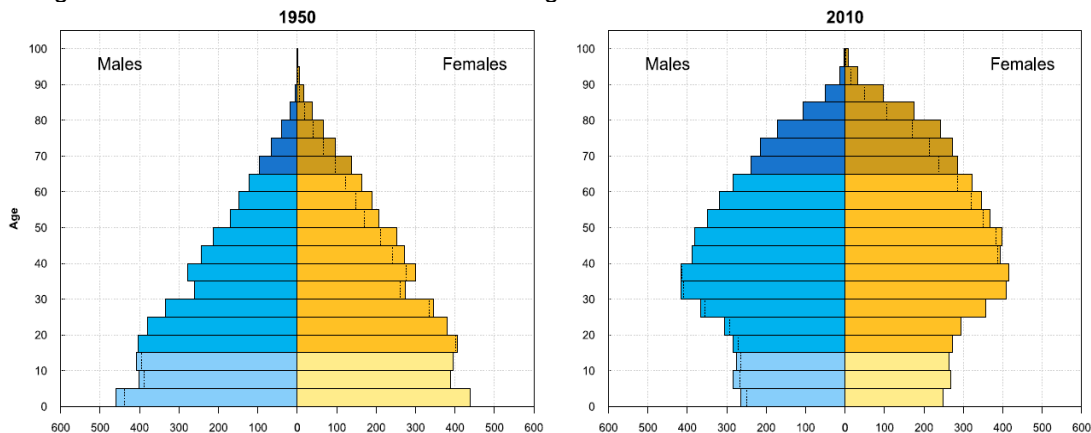
La República Portuguesa es un país con un área de 91.985 Km<sup>2</sup>. Durante el periodo de reconquista de la península de los moros por los reinos católicos del norte, en 1096, el Rey de León y Castilla entrega al conde D. Henrique de Borgonha el Condado Portucalense. En 1128, en la batalla de São Mamede, obtiene la independencia del condado, pero ésta sólo sería reconocida en 1143, con el Tratado de Zamora. Con esto, Portugal ya empieza su historia como un país unitario, con un gobierno central constituido y uniforme sobre la nación. Hasta 1179 Portugal conquista los territorios de Santarém, Lisboa, Palmela y Évora. En los siglos XV y XVI, ocurren los “Descubrimientos”, con la conquista de Ceuta, el contorno del continente africano, la colonización de parte de América, la llegada a India, y el dominio del comercio de especiarías, lo que proporcionó una gran riqueza en el periodo debido al comercio marítimo y las colonias, pero el país aún era principalmente agrario, y con grande participación de la Iglesia en los asuntos políticos y sociales, como en la prestación de los servicios de salud. En 1910 una revolución depone al Rey e implanta la República. Esta duró sólo hasta 1926, cuando el ejército tomó el poder, y en 1932 nombró António de Oliveira Salazar para el cargo de Presidente do Conselho de Ministros. Con esto, empieza el Estado Novo, con una fuerte influencia del fascismo italiano, con una estructura corporativista, principalmente en el fornecimiento de los servicios públicos, como los de salud. Esto duró hasta 1968, cuando por motivos de enfermedad Salazar es sucedido por Marcelo Caetano. En 1974 ocurre la Revolución de los Cravos, dando inicio a la redemocratización. En 1976 se aprueba la nueva Constitución, siendo Ramalho Eanes electo democráticamente Presidente de la República en el año siguiente. Empieza entonces un período de grandes reformas políticas, económicas y sociales, visando mejorar los índices pedidos para ingresar en la Comunidad Económica Europea, logrando su aceptación en 1986. Con la entrada en la U.E., se hacen nuevos cambios económicos para implementación del Euro. Lo que ocurre en 1999, mismo año que entrega la soberanía de Macau a China.



### 2.2.1 – Datos sociales.

Portugal tiene una población de cerca de 10,61 millones de habitantes, con 4,52% menores de 5 años y 18,76 % mayores de 65 años. Como demuestra la imagen abajo, el país tiene una población envejecida, donde en el medio plazo se observa que la relación de personas mayores para cada joven sólo tiende a aumentar, lo que generará dificultades en la financiación de los programas sociales, como la salud.

Imagen 4 - Pirámides de las edades de Portugal.



Fuente ONU, 2012

De toda la población, cerca de 1/3 vive en zonas rurales, pero por los datos expuestos abajo, se constata que hubo un proceso de urbanización en los últimos 30 años, y como la porcentaje de personas que viven en los grandes centros urbanos no acompañó este crecimiento, se puede asumir que esta urbanización fue una mejora del campo, ampliando la tasa de urbanización,

Tabla 5: Datos demográficos de Portugal.

Población	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Total (millón)	9,76	10,02	9,98	10,02	10,28	10,50	10,57	10,45
Entre 0 y 14 años(%)	25,79	23,66	20,56	17,82	16,17	15,60	15,15	14,77
65 años de edad y más (%)	11,50	12,16	13,64	14,97	16,22	17,13	18,01	18,77
Población rural (%)	57,22	54,70	52,09	48,89	45,60	42,48	39,43	37,66
Población urbana (%)	42,79	45,30	47,92	51,11	54,40	57,52	60,57	62,34
Agglomerados urbanos > 1 millón (%)	36,38	36,49	37,07	37,96	38,16	38,21	38,75	39,65

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Otro factor que puede reforzar esto punto es la mejora de los sistemas sanitarios del área rural, se equiparando as de la zona urbana. Representando así

un desarrollo social, que también puede ser visto por la tasa de 95,4% de adultos alfabetizados (Banco Mundial) y el Índice de Desarrollo Humano de 0,822 (*Human Development Reports*, 2014)

Tabla 6: Utilización de fuentes de agua y saneamiento mejoradas por región en Portugal

Año	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)			Población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas (%)		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
2012	100	100	100	100	100	100
2010	99	100	100	100	100	100
2005	98	99	99	99	100	99
2000	97	99	98	96	99	98
1995	96	98	97	93	98	96
1990	95	98	96	90	98	94

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

El PIB en 2013 fue de 200 billones de dólares (Banco Mundial, 2014), pero observase que en la última década no tuvo na misma tasa de desarrollo que en el período después de su entrada en la UE, facto que además da crisis (que duplicó la tasa de paro), puede ser explicado por el envejecimiento de la población, lo que refleja también la diferencia de valores entre el PIB y Producto Nacional Bruto (INB). No lo tanto, mismo con la crisis y el envejecimiento, el país presenta una baja tasa de desigualdad, con un Coeficiente de Gini de 34,2 (*Human Development Reports*, 2014)

Tabla 7: Evolución de indicadores económicos de Portugal

Año	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
PIB per cápita (US\$ de 2005)	10574	10768	14245	15435	18365	18784	19240	18210
INB per cápita (US\$ de 2005)	10360	10280	14206	15557	18020	18495	18567	17807

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Tabla 8: Desempleo y características de esto en Portugal

Desempleo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total (% población activa total)	7,6	7,7	8	7,6	9,5	10,8	12,7	15,6	16,5
De largo plazo (% desempleo)	48	50,1	47	47,2	43,9	52	48,2	48,7	..
Jóvenes (% de la población activa)	16	16,4	16,6	16,6	20	22,3	30	37,6	37,8

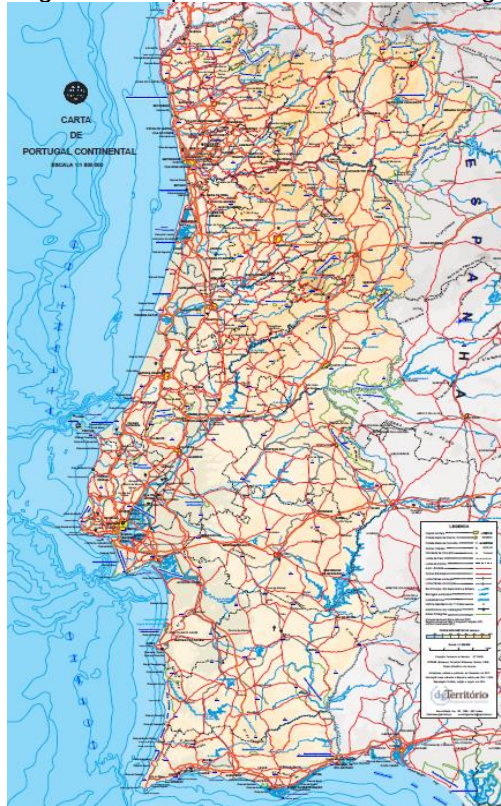
Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

### 2.2.2 – División político administrativa.

Portugal es un Estado unitario, respetando los principios democráticos de autonomía de las autarquías locales<sup>3</sup>, siendo formado por el territorio continental, compuesto por los municipios e freguesias, y por los archipiélagos de Açores y da Madeira<sup>4</sup>.

Siendo un país semi-presidencialista (o semi-parlamentar). Donde el Presidente es el Jefe de Estado, electo por sufragio universal. La Asamblea de la República es el poder legislativo, siendo unicameral. Los municipios tienen un órgano deliberativo, la Asamblea Municipal, y un órgano ejecutivo, la Cámara Municipal, ambos electos directamente por las personas. Las freguesias funcionan como divisiones administrativas dentro de los municipios, siendo administradas por una Asamblea de Freguesia, y una Junta de Freguesia, el órgano ejecutivo, siendo sus miembros electos.

Imagen 5 – Mapa administrativo de Portugal



Fuente: Direção Geral de Território (DGT)

---

3 Artículo 6° de la Constitución de Portugal.

4 Artículo 5° de la Constitución de Portugal.

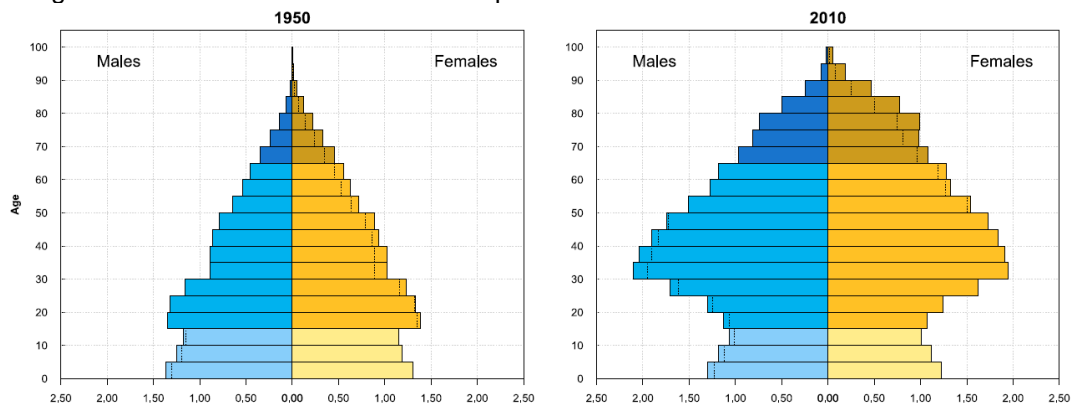
## 2.3 – España.

En el inicio del siglo VIII la Península Ibérica es invadida y conquistada por los musulmán. Hubo algunas tentativas de detenerlos, pero sólo en 722, en la Batalla de Covadonga, se obtuvo una victoria, empezando así el periodo conocido como “reconquista”. Esto generó otros puntos de resistencia, momento que son formados los primeros reinos, facto implicaría fuertemente en el futuro, pues fue la origen de la grande demanda de autonomía de las CC.AA (su pasado como reino). Después de siglos de conquistas, en 1492 termina la guerra contra los musulmán y se unifica toda la península en un único reino (excepto Portugal) con la unión de las dinastías existentes. Con las conquistas coloniales años después, España empieza un período de prosperidad, pero mismo así tuvieron crisis que por muchas veces casi fragmentaran el reino, manteniendo así el carácter autonómico de las regiones. En 1868, una revolución haz con que Isabel II tenga que renunciar al trono, siendo formada Cortes Constituyentes que entregan la corona a Amadeo de Saboya. Pero su reinado no duró mucho, siendo logo proclamada la república, que terminó décadas después con el Golpe del General Pavía, lo cual proclamó Alfonso XI rey. En el siglo siguiente una gran crisis económica y la inestabilidad política generaron el Golpe de Estado, que estableció una dictadura hasta 1930. En 1931 las izquierdas tuvieron la victoria en las elecciones, haciendo con que el rey renunciase al trono, siendo proclamada la II República, que duraría sólo cinco años, debido a la Guerra Civil Española, que termina en 1939, haciendo el general Francisco Franco el nuevo Jefe de Estado, dando inicio al periodo con fuerte influencia del modelo fascista italiano, con un gobierno centralista y de base corporativista. En 1975 muere Franco, lo que inicia el proceso de transición. En 1977 Adolfo Suárez vence las elecciones, empezando el proceso de democratización y la redacción de la nueva Constitución, siendo aprobada en 1978. En elecciones de 1982, Felipe González fue electo el primer presidente después de la nueva constitución. Sólo cuatro años después, el país es acepto en la Unión Europea (CEE en la época), generando un período de avances económicos y sociales. Sólo con la crisis de 2008 se cambia esto, cuando empieza un periodo de aumento del paro y disminución de gastos sociales, impactando varios sectores, como la salud.

### 2.3.1 – Datos sociales.

España tiene una población de aproximadamente 46,93 millones de personas, con una estructura envejecida, típica de los países desarrollados, con una tasa de 5,39% menores de 5 años y 17,74% mayores de 65 años. Pero se puede observar que la tendencia empieza a revertirse, habiendo una ampliación de lo número de jóvenes en las últimas décadas.

Imagen 6 - Pirámide de las edades de España



Fuente: ONU, 2012

Pero, mismo habiendo esta mudanza en la estructura de edad en España, la relación entre población urbana y rural poco cambió en los treinta años, con un crecimiento pequeño de la población urbana, principalmente en las grandes ciudades. Mostrando una estabilidad en la distribución geográfica de la población, reflejando un proceso de urbanización antiguo y ya consolidado.

Tabla 9: Datos demográficos de España

Poblacion	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Total (millón)	37,43	38,41	38,85	39,38	40,26	43,65	46,76	46,64
Entre 0 y 14 años(%)	25,98	23,31	19,88	16,62	14,78	14,50	14,93	15,35
65 años de edad y más (%)	11,16	12,00	13,66	15,38	16,86	16,75	17,10	17,76
Población rural (%)	27,21	25,79	24,65	24,14	23,74	22,74	21,56	20,87
Población urbana (%)	72,79	74,21	75,35	75,86	76,26	77,26	78,44	79,13
Aglomerados urbanos > 1 millón (%)	21,61	21,67	21,92	22,63	23,27	22,90	23,02	23,97

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Junto a esto proceso de urbanización consolidada, que pude ser visto para la paridad de los sistemas sanitarios urbanos y rurales, España también presenta índices sociales muy desarrollados, con 97,7% de los mayores de 15 años

alfabetizados y un coeficiente de Gini de 34,66, reflejando en un elevado IDH de 0,869 (*Human Development Reports*, 2014).

Tabla 10: Utilización de fuentes de agua y saneamiento mejoradas por región en España

Año	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)			Población que utiliza instalaciones de saneamiento mejoradas (%)		
	Rural	Urban	Total	Rural	Urban	Total
2012	100	100	100	100	100	100
2010	100	100	100	100	100	100
2005	100	100	100	100	100	100
2000	100	100	100	100	100	100
1995	100	100	100	100	100	100
1990	100	100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

En seguida a su entrada en la UE, hubo un rápido desarrollo económico, lo que se observa por la diferencia del PIB e del INB antes y después de esto. No lo tanto la crisis de 2008 afecto el país de manera drástica, impactando principalmente los más jóvenes, llegando a la tasa de 57,3% de paro, y a duplicar lo de larga duración. Factor esto que impacto fuertemente en los gastos sociales, como la salud, con la ampliación de la demanda y disminución de la recaudación.

29

Tabla 11: Evolución de indicadores económicos de España

Año	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
PIB per cápita (US\$ de 2005)	14882	15543	19151	20357	24328	26510	26191	25134
INB per cápita (US\$ de 2005)	14747	15392	19021	20304	24240	26127	25823	24962

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Tabla 12: Desempleo y características de esto en España

Desempleo	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total (% población activa total)	9,3	8,6	8,4	11,5	18,1	20,2	21,7	25,2	26,6
De largo plazo (% desempleo)	24,5	21,7	20,4	17,9	23,7	36,6	41,6	44,5	..
Jóvenes (% de la población activa)	20,4	18,5	18,9	25,4	38,5	42,5	47,1	54,3	57,3

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

### 2.3.2 – División político administrativa.

España es una monarquía parlamentaria<sup>5</sup>, constituyendo una patria común e indivisible, que reconoce y garantiza el derecho de autonomía a las comunidades que integran el país, como descrito en la Constitución<sup>6</sup>. Se Organizando Comunidades Autónomas, provincias y municipios, teniendo todos ellos autonomía de gestión de sus intereses<sup>7</sup>.

El Parlamento es formado por el Congreso (representación del pueblo, electos de manera directa) y el Senado (representación de las Comunidades Autónomas), siendo el Rey un figura formal, si poder político de facto. Las Comunidades Autónomas son unicamerales, con representantes electas democráticamente, que eligen entre sus miembros el Presidente de la Comunidad y también los Senadores que la representaran. En la Provincia hay la Diputación Provincial, formada por representantes de los Ayuntamientos, y entro ellos se elige un Presidente Provincial. En el municipio las elecciones son para el Ayuntamiento, que después elige el Alcalde.

Imagen 7 – Mapa administrativo de España



Fuente: Instituto Geográfico Nacional

---

5 Artículo 1º de la Constitución de España.

6 Artículo 2º de la Constitución de España.

7 Artículo 137º de la Constitución de España.

### **3 – Los sistemas de salud pública.**

Como he mencionado anteriormente, debido a características históricas, sociales, económicas y políticas, los sistemas nacionales de salud se estructuran de diferentes maneras. No lo tanto ellos tienen características comunes, como el reconocimiento de la sanidad como un derecho, la universalidad, el suministro de los servicios a un coste menor que la iniciativa privada (llegando hasta la gratuidad en algunos casos), la estructuración conjunta de la atención primaria con la de alta complejidad, la utilización del presupuesto público para financiarlo (total o parcial), y la organización de centros de salud, institutos, clínicas y hospitales en una red nacional, divididas en niveles de gestión, y la actuación principal en las fallas de mercado, de forma concurrente o substitutiva al sector privado.

Pero mismo con estos puntos comunes, ellos presentan diferentes grados de desarrollo en los países, como la mayor o menor centralización del, la priorización de determinado nivel de complejidad, el modo de organización de los recursos disponibles en el territorio, la posibilidad del sector privado integrase a red pública, etc. De esto modo el estudio se centra en la comparación de estos factores comunes, evaluando los diferentes grados y formas de estructuración de estos puntos.

La descripción legal presentará el tema de la salud en la Constitución y las principales leyes que estructuran los sistemas nacionales, describiendo lo que cada una de ellas trata y como aborda el tema. En el reparto de competencias se mostrará de qué modo es organizada la gestión de la prestación de los servicios, las responsabilidades de cada nivel de la administración pública y la creación de otros mecanismos de gestión. Sobre la financiación, serán apuntados la origen de los recursos, la forma y los requisitos existentes de repase. Sobre el sector privado se presentará como es abordado dentro de la legislación del sistema público de salud, la relación entre ellos y las posibilidades de participación.

Después serán expuestos algunos datos sobre el área de la salud en cada uno de los países estudiados, como los principales datos económicos, indicadores de salud, y tasas de atención y cobertura, que serán utilizados en las comparaciones posteriores.



### 3.1 – Sistema Único de Saúde (SUS) – Brasil

La Constitución de 1988 del Brasil describe la salud como uno de los derechos sociales garantizados por el Estado<sup>8</sup>, siendo competencia común de todos los niveles de gobierno<sup>9</sup>, hecho mediante políticas sociales y económicas que busquen disminuir el riesgo de enfermedades y agravamientos, través de servicios universales e igualitarios que busquen la promoción, protección y recuperación de la salud<sup>10</sup>, organizados en una red regionalizada y jerarquizada formando un sistema único<sup>11</sup>. Apuntando en su artículo 23° la competencia común de la Unión, de los Estados, Municipios y del Distrito Federal cuidar de la salud, con la garantía de protección y asistencias a los necesitados.

Estructurando los supuestos contenidos en la Constitución, la Ley 8080/90 organiza el SUS, lo describiendo como siendo el conjunto de acciones y servicios de salud prestados por la administración pública de los tres niveles de gobierno y por instituciones privadas mantenidas y convenidas, así como por instituciones públicas de pesquisa y producción de bienes y servicios de salud. Apuntando como sus objetivos la identificación y divulgación de factores impactantes a la salud, la formulación de políticas con la finalidad de promover el directo a salud, y la asistencia a las personas través de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, junto con actividades asistenciales y preventivas. Observando los principios de universalidad, integralidad de asistencia (acciones articuladas y continuas), preservación de la integridad física y moral del individuo, igualdad de asistencia, directo a información, participación comunitaria, descentralización política y administrativa del sistema, con énfasis en el nivel local, y organización sistema y jerárquica de modo a evitar duplicidad de acciones.

32

Tabla 13: Evolución de los indicadores de salud en Brasil

Tasas de Salud	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Esperanza de vida al nacer (años)	68,48	70,26	71,72	73,08	73,35	73,62	-
<b>Tasa de mortalidad (1000 personas)</b>							
Total	6,57	6,39	6,33	6,39	6,41	6,44	-
Menores de um año de vida	40,30	28,90	20,40	14,60	13,70	12,90	12,30
Menores de um mês de vida	23,00	17,60	13,10	9,80	9,20	8,80	8,40

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

8 Artículo 6° de la Constitución de Brasil

9 Artículo 23° II de la Constitución de Brasil

10 Artículo 196° de la Constitución de Brasil

11 Artículo 198° de la Constitución de Brasil

### **3.1.1 – Descripción Jurídica.**

La salud se presenta como un tema muy importante dentro de la Constitución del Brasil, donde hay una sección destinada exclusivamente a tratar el tema (Capítulo II, Sección II – Da Saúde). Que apunta la obligatoriedad de la existencia de un sistema nacional de salud que garantiza el derecho a salud a los ciudadanos, observando los principios de descentralización, participación popular, gestión democrática y universalidad de acceso y cobertura.

En 1990 fueron promulgadas las leyes que estructuraran el Sistema Único de Saúde (SUS), la 8.080/90 y la 8.142/90, que junto con la Constitución Federal de 1988, son las bases que estructuran todo el sistema, sus acciones, la división de responsabilidades y los principales asuntos relacionados con ello. Unificando las diferentes políticas y acciones públicas de salud existentes hasta aquello periodo en la Unión, los Estados y Municipios en un único sistema nacional integrado.

La Ley N°8.080/90 trata de las condiciones de promoción, protección y recuperación, la organización de los servicios y el modo de funcionamiento del sistema. Describiendo en el 4° artículo el SUS como el conjunto de las acciones y servicios prestados por órganos e instituciones públicas de todos os niveles de gobierno, mantenidos de manera directa e indirectas, incluidas las instituciones públicas de control de calidad, investigación y producción de insumos, medicamentos, hemoderivados y equipamientos de salud, junto con la participación complementar del sector privado.

La Ley N°8.142/90, que aborda la participación social en la gestión del SUS y la forma de financiamiento de ello. Indicando las estancias colegiadas que deben existir en cada ámbito de gobierno, la origen de los recursos, la forma de distribución y transferencia de estos, y los prerequisites para el recibo.

### **3.1.2 – Reparto de competencias y gestión.**

Los tres niveles de gobierno del Brasil tienen atribuciones comunes y propias. Siendo las competencias de todos los niveles la definición de los mecanismos de control, evaluación y fiscalización, planeamiento y gestión de los

recursos que serán aplicados, formulación, elaboración y acompañamiento de los indicadores de salud de la población, organización del sistema de información, elaboración de las normas técnicas, padrones de calidad y parámetros de costes, formulación de las acciones de saneamiento básico y protección y recuperación ambiental, promoción de la articulación con el sector privado y con los órganos de fiscalización del ejercicio profesional, y la coordinación y ejecución de los programas y proyectos estratégicos y de atendimento de emergencia<sup>12</sup>.

A la dirección nacional del SUS compete la formulación general de las políticas y acciones que deben ser hechas, así como el método de control y evaluación, la definición y coordinación del sistema en nivel nacional, establecer criterios, parámetros y métodos de control de la calidad sanitaria de productos y servicios de salud, identificar servicios de salud estaduais y municipales de referencia para establecer padrones nacionales, prestar colaboración técnica y financiera a los demás niveles de gobierno para el perfeccionamiento del sistema, elaboración de las normas de regulación del sector privado y de su relación con el SUS, promover la descentralización de las acciones y servicios públicos de salud; Acompañar, controlar y evaluar los demás niveles de gobierno en las acciones de sanidad de su competencia, y coordinar la evaluación técnica y financiera del sistema en todo el país. Pudiendo también en circunstancias especiales, ejecutar políticas y acciones de competencias exclusivas de los demás niveles de gobierno<sup>13</sup>.

El poder estadual tiene las competencias de promover la descentralización al nivel municipal de los servicios de salud, acompañar, controlar y evaluar las redes jerárquicas del SUS, prestar apoyo técnico y financiero a los municipios, ejecutar de manera suplementar a los municipios acciones y políticas de salud, coordinar y ejecutar de manera complementar acciones y servicios de vigilancia sanitaria y epidemiológica, nutrición y salud del trabajador, participar de la formulación de las políticas e de la ejecución de las acciones de saneamiento básico, gestionar el nivel de alta complejidad de sistema público de salud, coordinar la red estadual del SUS, establecer de manera suplementar padrones de calidad, normas de control y

---

12 Artículo 15, ley 8.080/90, Brasil

13 Artículo 16°, ley 8.080/90, Brasil.

de evaluación de los productos y servicios prestados, y monitorear, divulgar y evaluar los indicadores de morbilidad y mortalidad en el respectivo estado<sup>14</sup>.

Los municipios tienen la responsabilidad de ejecutar las acciones y los servicios públicos de salud, planear, organizar y evaluar las acciones y servicios prestados, participar del planeamiento y de la organización de la red estadual del sistema, ejecutar los servicios de vigilancia sanitaria y epidemiológica, alimentación y nutrición, saneamiento básico y salud del trabajador, cuando considerado necesario para garantizar la cobertura de los servicios, establecer consorcios regionales para la prestación de los servicios, gestionar laboratorios y centros de sangre, celebrar contratos con el sector privado para la prestación de los servicios, así como su control, fiscalización y evaluación, y dictar las normas de funcionamiento del sistema en el nivel local.<sup>15</sup>

### **3.1.3 – Forma de financiamiento**

La Constitución Federal, en el Artículo 198°, expón que el SUS será financiado principalmente con los recursos de la Seguridad Social, y complementariamente con demás recursos presupuestarios y transferencias legales, hasta atingir la porcentaje mínima de 15% del presupuesto para los municipios, 12% para los estados y el Distrito Federal, y más 5% del valor gasto de 1999 corregido por la variación del PIB para el gobierno central.

Como otras fuentes de recursos del SUS la ley 8.080/90 apunta las donaciones, contribuciones y ayudas, la alienación de bienes patrimoniales del sistema, las transferencias para acciones complementarias de saneamiento, y las tasas, precios y multas generadas por la prestación de los servicios<sup>16</sup>. Pero, esto último punto poco se aplica, ya que la ley también garante la gratuidad de las acciones y servicios públicos de salud prestados en el SUS, sea por organizaciones públicas o privadas<sup>17</sup>.

---

14 Artículo 17°, ley 8.080/90, Brasil.  
15 Artículo 18°, ley 8.080/90, Brasil.  
16 Artículo 32°, ley 8.080/90, Brasil.  
17 Artículo 43°, ley 8.080/90, Brasil.

Sobre las transferencias, el gobierno federal destina al menos 70% de los recursos para los municipios, quedando el restante para las acciones propias y repases a los estados<sup>18</sup>. Estos repases se hacen automática y directamente para los estados y municipios, del Fondo Nacional de Saúde para los fondos estaduais y municipales, teniendo como base para el reparto el perfil demográfico y epidemiológico de la región, las características de la red del sistema de salud (instalaciones y profesionales), el desempeño técnico y financiero, el plano de investimento aprobado, el tipo y cantidad de los servicios prestados, y el número de habitantes del municipio y del estado (50% del valor total del repase es proporcional a población)<sup>19</sup>.

#### **3.1.4 – Relación con el sector privado.**

El artículo 199° de la Constitución Federal permite a iniciativa privada prestar asistencia a salud, con o sin fines lucrativos. Pudiendo participar de forma complementar del Sistema Único de Saúde, mediante convenio o contrato con el poder público y respetando las normas y los padrones vigentes, teniendo preferencia las instituciones sin fines lucrativos.

Pero prohíbe la destinación de recursos para instituciones con fin lucrativos no que se refiere a prestación de servicios a los usuarios. Así como la participación de empresas o capitales extranjeros en la prestación de servicios de salud, excepto las ligadas a los organismos internacionales o entidades de cooperación técnica.

En los casos de urgencia o cuando los recursos existentes no fueren suficientes para garantizar la cobertura a toda la población, el poder público podrá recorrer a los servicios ofertados por la iniciativa privada, teniendo preferencia para las instituciones filantrópicas, mediante convenio propio y respetando los parámetros de costos definidos por la dirección nacional del SUS.

---

<sup>18</sup> Artículo 3°, ley 8.142/90, Brasil.

<sup>19</sup> Artículo 35°, ley 8.080/90, Brasil.

Modelos de gestión de los sistemas públicos de salud:  
estudio comparativo entre Brasil, Portugal y España

Tabla 14: Evolución y detalle de los gastos en salud en Brasil.

<b>Gastos en salud</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Per cápita (US\$ de 2005)	417,52	502,45	694,61	1007,72	1035,15	1108,65
Total (% del PIB)	6,65	7,16	8,17	9,01	8,90	9,31
<b>Gasto sector público</b>						
% del PIB	2,86	2,89	3,28	4,24	4,07	4,32
% del gasto del gobierno	8,36	4,08	4,70	10,74	8,69	7,57
% del gasto total en salud	43,01	40,30	40,14	47,02	45,74	46,42
<b>Gastos sector privado</b>						
% del PIB	3,79	4,28	4,89	4,77	4,83	4,99
Desembolsados por el paciente (%)	67,98	63,58	62,77	57,76	57,76	57,76

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

### 3.2 – Sistema Nacional de Saúde (SNS) - Portugal.

El artículo 9° de la Constitución Portuguesa de 1974 apunta como deber del Estado, entre otras cosas, “promover el bienestar y la calidad de vida del pueblo”, siendo esto reafirmado en el artículo 81° como unas de las obligaciones prioritarias del Estado.

El artículo 64° aborda específicamente el tema de la salud, donde expresa que todos los ciudadanos tienen el deber de defensa y promoción, y el derecho a la protección, siendo esto realizado por el servicio nacional universal, general, tiendo en consideración las condiciones de la población y siendo tendencialmente gratuito, siendo gestionado de forma descentralizada y participativa.

La ley 56/79, en el artículo 2°, describe el SNS como siendo una red de órganos y servicios que actúa de manera articulada y con dirección única de la Secretaría de Estado de la Salud, con gestión descentralizada y democrática, buscando la prestación de cuidados generales de salud a toda la población. Con el objetivo, expuesto en el artículo 2° de la ley 11/93, estatuto del SNS, la efectuación de las responsabilidades del poder público en relación a la protección a la salud individual y colectiva. Teniendo como directrices, en la Base II de la ley 48/90, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la igualdad al acceso a los servicios de los ciudadanos, el apoyo al sector privado, y con carácter evolutivo.

Tabla 15: Evolución de los indicadores de salud en Portugal

<b>Tasas de Salud</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Esperanza de vida al nacer (años)	75,31	76,31	78,07	79,03	80,47	80,37	-
<b>Tasa de mortalidad (1000 personas)</b>							
Total	10,30	10,20	10,20	10,00	9,70	10,20	-
Menores de um año de vida	7,50	5,50	3,70	3,10	3,10	3,10	3,10
Menores de um mês de vida	4,60	3,40	2,40	2,10	2,00	2,00	2,00

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

#### 3.2.1 – Descripción Jurídica.

En 1979 es creado el Sistema Nacional de Saúde por la ley nº 54/79, que es descrito como una red de órganos y servicios dependientes de la secretaria del Estado de salud, que actúa de forma articulada, con dirección unificada y gestión

descentralizada y democrática, que presta cuidados globales a la salud de toda la población<sup>20</sup>, independiente de su condición financiera y social<sup>21</sup>, sin restricciones, salvo aquellas derivadas de imposiciones de los recursos humanos, técnicos, materiales y financieros disponibles<sup>22</sup>. Cambiando el antiguo sistema de salud, de base corporativa.

Con la Ley 48/90, Ley de Bases de la Salud, reforzarse y se profunde los aspectos contenidos en la Constitución Portuguesa y en la Ley n° 54/79. Tratando de manera más detallada de los deberes del Estado y de los ciudadanos, de la organización y gestión del sistema, del financiamiento, de los recursos humanos, y del sector privado. Apuntando la prevención como prioridad en el sistema y basándose en los cuidados primarios, siendo los ciudadanos los principales responsables por la propia salud, individual y colectiva, teniendo el deber de promoverla y protegerla.

Para facilitar la gestión del SNS se crearán las Regiones de Salud, unidades administrativas que gestionan los servicios y acciones al nivel regional, agrupando las Autarquías Locales y unificando-as en un sistema integrado sub nacional. En 1993, por el decreto-ley 11/93, se organizarán las actuales regionales, dividiendo el país en cinco áreas administrativas<sup>23</sup>: Regional de Saúde do Norte (regiones de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo y Vila Real); Regional de Saúde do Centro (regiones de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria y Viseu); Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (regiones de Lisboa, Santarém y Setúbal); Regional de Saúde de Alentejo (regiones de Évora, Beja y Portalegre); y Regional de Saúde do Algarve (región de Faro). Siendo estas directamente dependientes de la administración central, pero con autonomía administrativa y gerencial<sup>24</sup>, compuesta por una junta directiva, un sector de cuidados primarios, un cuidados diferenciados, apoyo técnico y administrativo, y como órganos consultivos un consejo regional de salud, y una comisión técnica<sup>25</sup>.

---

20 Artículo 2° de la ley 56/79, Portugal.

21 Artículo 4 °de la ley 56/79, Portugal.

22 Artículo 6° de la ley 56/79, Portugal.

23 Artículo 5° de la ley 11/93, Portugal.

24 Artículo 38° de la ley 56/79, Portugal.

25 Artículo 40° de la ley 56/79, Portugal.



### 3.2.2 – Reparto de competencias y gestión.

La división de responsabilidades en Portugal, además del reparto por nivel de gobierno (nacional y local), también hay por las Regiones de Salud (sub-nacional), entes legalmente creado, que se sitúan entre el gobierno central y las autarquías locales.

La Constitución Portuguesa apunta como prioridad del Estado asegurar el acceso a todos los ciudadanos a los cuidados preventivos, curativos y de rehabilitación, cuidar de la racionalización y la eficiencia de los recursos humanos y materiales para de la cobertura del sistema en todo el país, orientar las acciones para la socialización de los custos del sistema y de sus insumo, establecer las políticas de prevención y tratamiento de tóxico dependientes, y disciplinar, fiscalizar y controlar las formas privadas de actuación en la salud, articulándolas con el Servicio Nacional de Saúde. Además de esto, la ley n 56/79 define como competencia del Gobierno definir, coordinar y orientar la ejecución de las acciones y servicios del SNS, junto con la descripción de las atribuciones de cada nivel administrativo.

40

Para los órganos centrales<sup>26</sup>, caben las tareas de organizar y coordinar el funcionamiento del SNS y de los sectores de salud, investigar y proponer políticas de salud, planear y evaluar la prestación de las actividades y servicios, elaborar las normas de funcionamiento de los establecimientos y servicios, hacer la inspección técnica y la valuación de los resultados, elaborar las normas sobre los convenios con instituciones privadas, y regular y fiscalizar la actividad privada en el sector.

Los órganos regionales<sup>27</sup>, las Regiones de Salud, por la ley n° 56/79, son responsables de ejecutar las políticas de salud, gestionar los servicios, registros y análisis de datos, planear, inspeccionar y evaluar los servicios prestados, fiscalizar el ejercicio profesional, y celebrar convenios con instituciones privadas, según las normas nacionales existes.

---

26 Artículo 20° da ley 56/79, Portugal.

27 Artículo 21° de la ley 56/79, Portugal.

En el ámbito local<sup>28</sup>, el ayuntamiento tiene competencia para administrar y gestionar los servicios a ellos delegados por la Regional de Salud, coordinar las unidades de cuidados primarios, y registrar y evaluar los datos estadísticos.

### 3.2.3 – Forma de financiamiento.

Ley 56/79 en el artículo 7 apunta que el SNS es gratuito, sin el perjuicio de las cobranzas de las tasas moderadoras tendentes a racionalizar la utilización de la prestación de los servicios. Además de esto, es deber del Estado destinar recursos presupuestarios para asegurar la implantación y realización de los servicios y acciones del SNS, teniendo como base la evolución anual del PIB<sup>29</sup>. Reforzando esto, la ley 48/90 apuntando el presupuesto estatal como la fuente de financiamiento del SNS<sup>30</sup>. Y que esto debe ser tendencialmente gratuito, teniendo como base las condiciones sociales y económicas de los ciudadanos<sup>31</sup>.

Con el objetivo de crear medidas reguladoras al uso de los servicios y también de ser fuente de recursos, los establecimientos del SNS pueden cobrar las tasas permitidas por ley, excluyendo de esta cobranza los grupos de la población sujetos de mayores riesgos y de menor poder financiero, según descrito en ley. Como tasas los establecimientos de salud pueden cobrar el pago de: cuidados en cuartos particulares o de otra modalidad; cuidados a terceros que están sobre responsabilidad de subsistemas o entidades aseguradoras de salud; cuidados a no beneficiarios del SNS; utilización de servicios o instalaciones legalmente descritas; productos de rendimientos propios; Y productos o materiales que tengan sido utilizados de manera ilegal y dolosa por parte del usuario<sup>32</sup>.

Abordando más detalladamente esto, se publicó el Decreto-ley 113/2011, que trata del acceso a la prestación de los servicios del SNS por parte de los ciudadanos no que se refiere al pago de las tasas moderadoras y la aplicación del régimen especial de beneficios. Abordando los servicios cobrados, los valores, la

---

28 Artículo 22° de la ley 56/79, Portugal

29 Artículos 50° y 51° de la ley 56/79, Portugal.

30 Base XXXII de la ley 48/90, Portugal.

31 Base XXIV de la ley 48/90, Portugal.

32 Anexo 4: Valor de las tasas moderadoras para consultas

fórmula del cálculo de estos, los casos de exención, las multas por no pago, y los responsables por el cobro de las tasas.

### 3.2.4 – Relación con el sector privado.

La Ley de Base de la Salud apunta que el Estado apoya el desarrollo del sector privado, y en particular de las instituciones de solidaridad, en concurrencia al sector público, de acuerdo con las normas establecidas para el sector. Pudiendo ellos integrarse en el SNS mediante acuerdos o contratos de prestación de servicios, según las normas establecidas en ley. Incentivando también el establecimiento de seguros privados de salud.

En estos casos, el Ministerio de la Salud y las Administraciones Regionales pueden contratar servicios privados para la prestación de los cuidados de salud a los ciudadanos, en los casos que sean considerados ventajosos, teniendo en cuenta la relación costo-beneficio y que sea garantizado el derecho de acceso.

Estos convenios pueden ser en relación a prestación de cuidados hospitalarios y medios de diagnósticos, en los casos que la red de servicios públicos no consiga prestar los servicios de salud por falta de recursos disponibles o que no consiga ofrecer la cobertura a todos los ciudadanos.

Tabla 16: Evolución y detalle de los gastos en salud en Portugal.

<b>Gastos en salud</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Per cápita (US\$ de 2005)	1013,60	1659,23	2216,63	2758,25	2615,01	2399,75
Total (% del PIB)	7,52	9,30	10,35	10,80	10,23	9,45
<b>Gasto sector público</b>						
% del PIB	4,71	6,19	7,04	7,12	6,65	5,92
% del gasto del gobierno	11,24	14,87	15,11	13,83	13,48	12,48
% del gasto total en salud	62,62	66,58	67,96	65,94	65,01	62,64
<b>Gastos sector privado</b>						
% del PIB	2,81	3,11	3,32	3,68	3,58	3,53
Desembolsados por el paciente (%)	63,99	72,78	74,53	75,78	78,07	84,72

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

### 3.3 – Sistema Nacional de Salud.

El artículo 41° de la Constitución de España de 1978 apunta como deber del Estado mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los españoles, garantizando la asistencia social contra las situaciones de necesidad; Afirmando también en el artículo 43° que la protección a la sanidad es un derecho de los ciudadanos, debiendo el poder público organizar y tutelar la salud pública través de acciones preventivas y de la prestación de los servicios necesarios para garantizarla.

Siendo esto reforzado en el artículo 49°, que obliga el poder público a realizar políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, prestando la atención especializada necesaria a estos grupos de la población.

La ley 14/1986, Ley General de la Salud, en el artículo 4° expone que el Estado y las Comunidades Autónomas deben organizar y desarrollar las acciones sanitarias, debiendo las CCAA instituyeren sus servicios de salud en sus Estatutos de Autonomía, describiendo en el artículo 44° el sistema como siendo el conjunto de los servicios de salud prestados por el poder público. Teniendo como objetivo, en el artículo 6°, la promoción de la salud, la garantía de acciones preventivas y no sólo curativas, la asistencia a todos los casos de pérdida de salud, con su rehabilitación y reinserción, siendo asegurado la igualdad y el acceso a los ciudadanos. Con los principios, contenidos en el artículo 2° de la ley 16/2003, la prestación de servicios en condiciones de igualdad efectiva y calidad, de modo universal y público, con coordinación y cooperación para la superación de las desigualdades en salud, con atención integral y financiación pública, y con colaboración del sector privado en la prestación de servicios a los usuarios.

Tabla 17: Evolución de los indicadores de salud en España

<b>Tasas de Salud</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Esperanza de vida al nacer (años)	77,98	78,97	80,17	81,63	82,48	82,38	-
<b>Tasa de mortalidad (1000 personas)</b>							
Total	8,80	9,00	8,80	8,20	8,30	8,60	-
Menores de um año de vida	6,90	5,40	4,80	3,90	3,70	3,70	3,60
Menores de um mês de vida	5,00	3,90	3,50	2,90	2,70	2,70	2,60

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

### **3.3.1 – Descripción Jurídica**

La Constitución mismo apuntando la salud como un derecho de las personas, según lo dicho en la declaración de los Derechos<sup>33</sup>, tiendo el Estado el deber de garantizarla, ella no habla específicamente en la creación de un sistema público de salud, de la necesidad de acciones conjuntas a nivel nacional, o en un modelo a ser seguido por todo el país.

La estructuración del actual sistema de salud español sólo fue establecida en 1986, con la ley 14/1986, la ley General de la Sanidad. Esto no quiere decir que no había políticas de salud, pero que estas estaban estructuradas de otra forma, diferente de la actual. En esta ley se establece los principios del nuevo sistema nacional, las actuaciones sanitarias que deben ser ejecutadas, el reparto de competencias entre las administraciones públicas del Estado y de las Comunidades Autónomas, como será la coordinación general del sistema, la manera de financiación, la relación con el sector privado, y las bases sobre productos farmacéuticos, la docencia y la investigación en la salud, y las formas de inspección. Pero presenta los temas de forma genérica, no habiendo una profundización en los asuntos tratados, quedando ésta parte a cargo de cada CC.AA.

44

### **3.3.2 – Reparto de competencias y gestión.**

El Título II de la Ley General de Sanidad describe las competencias de las administraciones públicas, desde el nivel nacional hasta el local. Apuntando los servicios que deben ser realizados y las estructuras que cada nivel de la administración pública hay que mantener para el funcionamiento del sistema nacional de salud.

El Estado tiene la competencia exclusiva de la negociación de los acuerdos exteriores sobre la sanidad; la regulación de la importación, exportación y tránsito de mercadorías que puedan causar danos a salud. Y en paralelo a las Comunidades Autónomas, establecer en carácter general los criterios, métodos y requisitos técnicos sobre el control sanitario y del medio ambiente, el reglamento técnico sanitario sobre la producción y distribución de productos de uso y consumo humano,

---

<sup>33</sup> Artículo 10 de la Constitución.

el reglamento y autorización de las actividades de las personas y empresas dedicadas a elaboración de medicamentos de uso humano y veterinario, y productos sanitarios que afectan el ser humano; Determinación de los requisitos mínimos para el funcionamiento de instalaciones y equipos de salud; El Registro General de los centros, servicios y establecimientos sanitarios; La homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios; Los servicios de vigilancia y análisis epidemiológicas y de las zoonosis; Establecimiento de un sistema de información y estadísticas, así como elaborar informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria; Y crear medios y sistemas de información y comunicación recíprocas entre ello y las Comunidades Autónomas.

Sobre las Comunidades Autónomas, se asigna a ellas todas las acciones y decisiones que no quedan expresadas como competencias exclusivas del Estado, asumiéndolas en sus Estatutos junto con las que el Estado las delegue. De este modo, una de las principales acciones de la Comunidad Autónoma es organizar sus servicios de salud, delegando las responsabilidades para las provincias, municipios y demás administraciones territoriales, conforme se establece en la ley (abajo tabla con los sistemas de salud de las CC.AA. y su año de constitución).

Además de esto, las Comunidades Autónomas tienen que demarcar y constituir en sus territorios las Áreas de Salud, siendo estas las estructuras fundamentales del sistema de salud, responsables por la gestión de los centros y establecimientos del servicio de salud de la comunidad, y la ejecución de las prestaciones y los programas sanitarios. Debiendo ellas desarrollar las acciones de atención primaria, con la prevención, curación y rehabilitación, a través de programas y equipos de apoyo a la atención primaria, y también las de atención especializada, con la prestación de atención hospitalaria y clínica especializada, con atención a los casos de mayor complejidad. Siendo ellas gestionadas por un órgano propio, donde deben participar representantes de las corporaciones locales.

En el nivel local, los Ayuntamientos deben tener como mínimo de responsabilidades propias el control sanitario del medio ambiente, de industrias y servicios, de edificios y lugares de viviendas, de la distribución y suministro de productos de consumo humano, y de los cementerios. Siendo que para esto, deben

recibir el apoyo técnico del personal y medios de los Servicios de Salud de cada comunidad.

Tabla 18: Sistemas Autonómicos de Salud.

<b>Comunidad autónoma</b>	<b>Año de constitución</b>	<b>Denominación</b>
Cataluña	1981	Servei Catala de la Salut (CatSalut)
Andalucía	1984	Servicio Andaluz de Salud (SAS)
País Vasco	1987	Servicio Vasco de Salud (Osakidetza)
Comunidad Valenciana	1987	Agencia Valenciana de Salud
Galicia	1990	Servicio Gallego de Salud (SERGAS)
Navarra	1990	Servicio Navarro de Salud Osasunbidea
Canarias	1994	Servicio Canario de la Salud (SCS)
Asturias	2001	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
Cantabria	2001	Servicio Cántabro de Salud (SCS)
La Rioja	2001	Servicio Riojano de Salud
Región de Murcia	2001	Servicio Murciano de Salud (SMS)
Aragón	2001	Servicio Aragonés de Salud (Salud)
Castilla-La Mancha	2001	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
Extremadura	2001	Servicio Extremeño de Salud (SES)
Islas Baleares	2001	Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-SALUD)
Comunidad de Madrid	2001	Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)
Castilla y León	2001	Sanidad Castilla y León (SACYL)

Fuente: elaboración propia con datos de del MSSSI.

### **3.3.3 – Forma de financiamiento.**

La Ley General de Sanidad apunta el presupuesto público del Estado, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales y de la Seguridad Social como la principal fuente de recursos financieros para atender las necesidades sanitarias de los organismos e instituciones dependientes del poder público. De esto modo la financiación sea hecha a través de cotizaciones sociales, transferencias del Estado, tasas por la prestación de determinados servicios, por aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, y de tributos estatales cedidos.

Sobre las asignaciones de recursos del Gobierno, esto llevará en consideración el tamaño de la población de cada Comunidad Autónoma y las acciones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades regionales y la cobertura del sistema de salud, tiendo como foco las personas sin recursos económicos que demandan los servicios, garantizando así el acceso a la asistencia sanitaria. Esta será hecha tiendo como base el sistema de financiación autonómico vigente en cada momento, llevando en consideración los presupuestos de gastos hechos por cada Comunidad Autónoma en la gestión de sus servicios de salud.

47

### **3.3.4 – Relación con el sector privado.**

Como establecido en la Constitución, la Ley General de Sanidad reconoce el derecho del libre ejercicio de los profesionales del área sanitaria, así como la actuación de las empresas y organizaciones con o sin fines lucrativos en el sector.

Las administraciones públicas pondrán firmar contratos con el sector privado para la prestación de los servicios sanitarios, tiendo en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus propios recursos. Debiendo tener, cuando análogas condiciones de prestación de los servicios, preferencia por las instituciones sin carácter lucrativo.

Además de esto, los centros y establecimientos de salud, sean del poder público o no, podrán recibir, en carácter esporádico, auxilios económicos u otros beneficios provenientes de fondos públicos para prestar servicios sanitarios calificados de alto interés social. No pudiendo de esta forma ser usadas para la



financiación de las actividades ordinarias. Estando la institución recibidora sometida a las inspecciones y controles del poder público para comprobación del correcto uso de los recursos.

Sobre las entidades sin ánimo lucrativo y Cooperativas sanitarias, el poder público facilitara la libre actuación, propiciando que ejerzan su actividad de acuerdo con la legislación y de modo coordinado con el sistema sanitario público.

Tabla 19: Evolución y detalle de los gastos en salud en España.

<b>Gastos en salud</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Per cápita (US\$ de 2005)	1189,44	1545,78	2289,32	3038,91	2984,47	3144,92
Total (% del PIB)	7,44	7,21	8,29	9,61	9,30	9,62
<b>Gasto sector público</b>						
% del PIB	5,37	5,17	5,88	7,13	6,79	7,08
% del gasto del gobierno	12,09	13,18	15,29	15,40	15,04	15,04
% del gasto total en salud	72,18	71,62	70,90	74,20	73,05	73,56
<b>Gastos sector privado</b>						
% del PIB	2,07	2,05	2,41	2,48	2,51	2,54
Desembolsados por el paciente (%)	84,60	83,09	76,04	76,68	76,63	76,63

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

## 4 - Comparación de los Sistemas Públicos de Salud.

Como ya apuntando, todos los sistemas públicos de salud tienen puntos comunes no que se refiere a sus objetivos y algunas características de funcionamiento, pudiendo así ser posible comparar los a partir del estudio de cada una de estas características separadamente, evaluando como esta impacta y se articula con las demás.

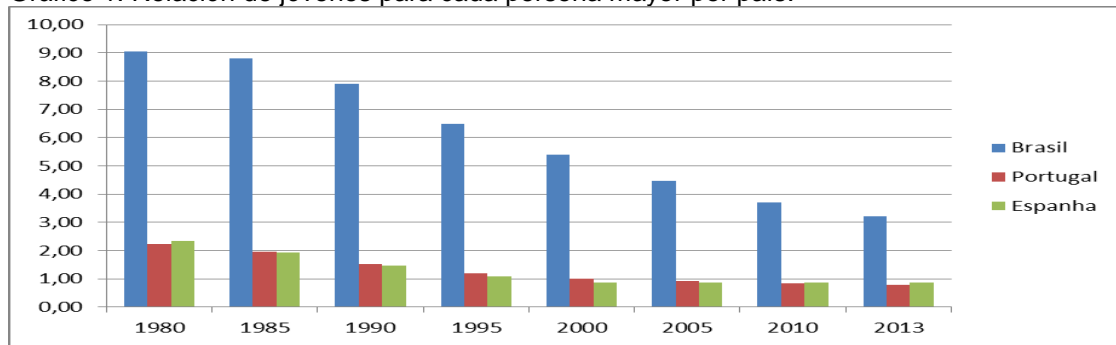
De esto modo, después de la presentación de los países estudiados donde se buscó exponer factores históricos y sociales que impactan actualmente de alguna manera el sistema de salud, de la descripción de algunos puntos de éstos no que se refiere a la gestión, financiación y relación con el sector privado, y del levantamiento de estudios realizados sobre el tema, haremos la comparación con base en las informaciones obtenidas hasta el momento.

La comparación tendrá como objetivo apuntar las diferencias y similitudes existentes en cada una de los factores evaluados, y recorrer sobre los resultados obtenidos, indicando puntos fuertes y débiles encontrados. Buscando así proponer cambios en los sistemas, teniendo como base las características de los demás, siempre argumentando sobre los motivos por lo cual se está siendo hecha la proposición y buscando contextualízala en las dentro de las características de cada Estado, para que puedan ser factibles.

Pero antes expondremos algunos datos de los países, de manera conjunta, para que sea posible comprender el panorama general en que los sistemas estudiados están inseridos, visualizando características comunes entre ellos que puedan ser usadas para mejorar la comparación y la señalización de los puntos fuertes y débiles.

El primer facto que debemos observar es que los tres países pasan por procesos de envejecimiento de su población, como expuesto en la imagen abajo, donde demuestra la queda del número de jóvenes (menores de 15 años) para cada persona de edad, donde la relación disminuyó a menos de la mitad de lo que era a treinta años atrás.

Gráfico 1: Relación de jóvenes para cada persona mayor por país.



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Esto refleja en la evolución de los gastos en salud, haciendo con que la necesidad de recursos para garantizar la cobertura y la prestación de los servicios sea cada vez mayor, pues es este grupo lo que necesita más de los cuidados de alta complejidad y de un mayor acompañamiento médico.

Tabla 20: Evolución de la tasa de dependencia.

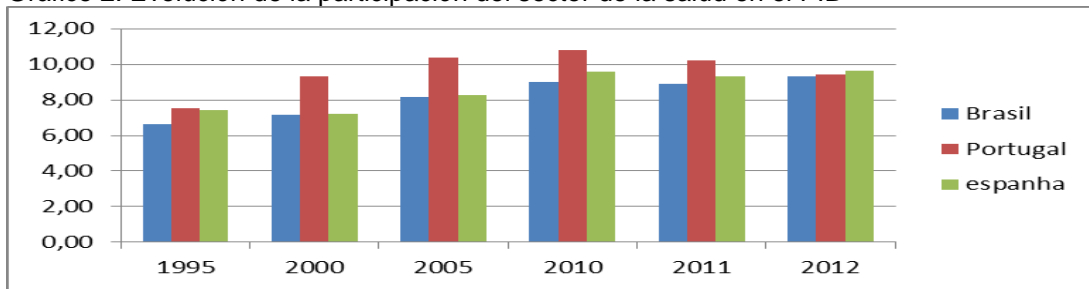
serie		1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2013
Brasil	Total	0,73	0,70	0,66	0,60	0,54	0,51	0,48	0,46
	< 15 años	0,66	0,63	0,59	0,52	0,46	0,42	0,38	0,35
	> 65 años	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08	0,09	0,10	0,11
Portugal	Total	0,59	0,56	0,52	0,49	0,48	0,49	0,50	0,50
	< 15 años	0,41	0,37	0,31	0,27	0,24	0,23	0,23	0,22
	> 65 años	0,18	0,19	0,21	0,22	0,24	0,25	0,27	0,28
Espanha	Total	0,59	0,55	0,50	0,47	0,46	0,45	0,47	0,50
	< 15 años	0,41	0,36	0,30	0,24	0,22	0,21	0,22	0,23
	> 65 años	0,18	0,19	0,21	0,23	0,25	0,24	0,25	0,27

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial

Otro modo de observamos el problema del cambio demográfico es por la evolución de la tasa de dependencia<sup>34</sup>. En Portugal y España, países con una población ya envejecida, observase que la tasa disminuí hasta un mínimo y después empieza a crecer nuevamente, pero debido al crecimiento de la población mayor de 65 años, lo que demuestra el problema del aumento de la dependencia en el medio plazo. Brasil aún presenta queda en esta tasa, pero como podemos ver, se parece con el inicio del período de los dos países, representando un problema de largo plazo para la sustentabilidad del financiamiento de los servicios públicos.

<sup>34</sup> Tasa de dependencia – relación entre la población considerada inactiva (0-14 años y mayores de 65 años) con la población potencialmente activa (15-64 años).

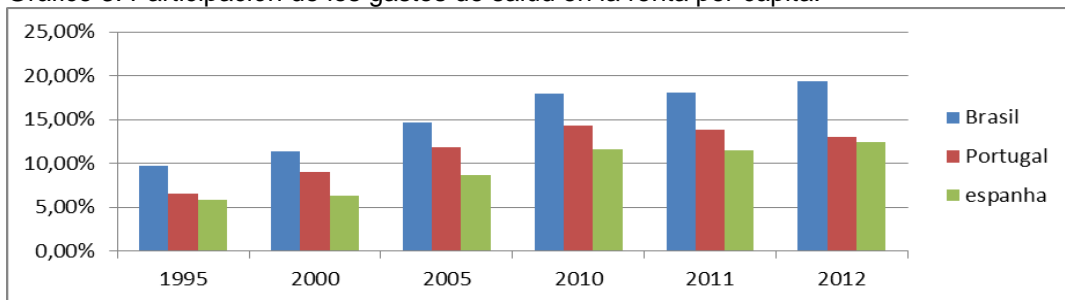
Gráfico 2: Evolución de la participación del sector de la salud en el PIB



Fuente: Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

Otro medio para ver el problema es observar la evolución de peso de los gastos con salud en la renta personal. El gráfico abajo muestra la te la renta per capita, cuando es gasto con salud, lo que mismo siendo solo una media por toda la población, puede demostrar como la salud impacta cada vez más las personas en la renta de las personas.

Gráfico 3: Participación de los gastos de salud en la renta per cápita.



Fuente: elaboración propia con base en datos del Banco Mundial

#### **4.1 – Descripción legal.**

En Brasil la salud es un tema muy importante dentro de la Constitución del Brasil, donde hay una sección destinada exclusivamente a tratar el tema (Capítulo II, Sección II – Da Saúde), que describe la obligatoriedad de la existencia de un sistema y las bases que deben guiarlo. Siendo después con las leyes 8.080/90 y 8142/90 estas bases organizadas de modo a crear el sistema y describir de qué modo deben funcionar sus acciones, la división de responsabilidades, el modo de financiación y los principales asuntos relacionados con ello. Unificando las diferentes políticas y acciones públicas de salud existentes hasta aquello periodo en la Unión, los Estados y Municipios en un único sistema nacional integrado.

En Portugal la salud presentase de manera integrada a otros factores sociales, estando presente en la Constitución de 1974 como deber del Estado su promoción y protección, pero no habla específicamente de la existencia de un sistema público de salud. Esto sólo es hecho con la Ley 56/79 que constituye el Sistema Nacional de Saúde (SNS), siendo la red de órganos y servicios, dependientes de la Secretaria de Estado da Saúde. En 1990 con la Ley de Bases de la Salud aborda de manera más detallada la organización y gestión del sistema, el financiamiento, los recursos humanos, y la relación con el sector privado, buscando corregir brechas existentes hasta el momento.

La Constitución española de 1978, en el artículo 43, trata del tema de la salud, presentándola como un derecho de los ciudadanos, debiendo los poderes públicos organizaren acciones preventivas y los servicios necesarios para garantizarlos, no lo tanto no describiendo de qué modo estos deben ser hechos. Sólo en 1986, con la Ley General de Sanidad, surge un marco legal propio para creación del Sistema Nacional de Salud, siendo el conjunto de los servicios de salud públicos del Estado y de las CCAA organizados de forma integrada

Podemos observar que así que dos tres países, solamente Brasil tiene en su Constitución la obligatoriedad de creación de un sistema único nacional y sus bases, mientras los demás sólo apuntan el deber del Estado de creación de medios para garantizar el derecho a la salud. Esto hace con que el SUS sea menos flexible, presentando mayor dificultad de cambió, y luego de adaptación a mudanzas. España al contrario, por crear una ley propia para el sistema que apunta el sistema como

siendo la suma de los servicios prestados por las administraciones públicas. De modo que las posibilidades de reforma y adaptación sean mayores, no lo tanto dificultando la coordinación nacional, debido a la autonomía de los sistemas en relación un al otro.

Portugal presentase como el medio termo, no presenta las en su constitución la obligación de un sistema nacional explícitamente, como España. Pero cuándo lo constituí, lo hace de modo a ser un sistema único en todo el país, donde los sistemas ya existentes se integren a ello, como el Brasil. También es el sistema más antiguo, estando más establecido que los demás (Junior, 2013) debido al mayor periodo de adaptaciones y cambios para adecuarse al nuevo contexto social y político.

## **4.2 – Descripción del sistema**

El sistema público de salud en Brasil es el conjunto de acciones y servicios de salud prestados por la administración pública de los tres niveles de gobierno y por instituciones privadas convenidas, con descentralización política y administrativa con énfasis en el nivel local, y organización sistema y jerárquica de modo a evitar duplicidad de acciones.

En Portugal, el SNS es una red de órganos y servicios que actúa de manera articulada y con dirección única de la Secretaría de Estado de la Salud, con gestión descentralizada y democrática, buscando la prestación de cuidados generales de salud a toda la población, con apoyo al sector privado, y con carácter evolutivo.

España, por otro lado, apunta que el Estado y las Comunidades Autónomas deben organizar y desarrollar las acciones sanitarias, debiendo las CCAA instituyeren sus servicios de salud en sus Estatutos de Autonomía, siendo el sistema el conjunto de los servicios de salud prestados por el poder público, con coordinación y cooperación para la superación de las desigualdades en salud, con colaboración del sector privado

De esto modo, con la descripción de cada sistema, podemos apuntar algunas similitudes y diferencias que impactan en la gestión del sistema. El SUS y el SNS presentan una dirección única del sistema, delegando a los demás niveles la

gestión de los servicios, buscando configurarse en forma de red, evitando duplicidad y facilitando la coordinación de las acciones ejecutadas. España, debido a la configuración del sistema tiene una preocupación mayor en la coordinación y cooperación entre los sistemas existentes, no apuntando un órgano director general, dando autonomía no solo de gestión, pero también de configuración del sistema para cada CCAA. Pero en el reparto de competencias esta preocupación con la coordinación no fue observada, visto no existieren mecanismos nacionales que son capaces de garantizar el nivel mínimo de igualdad y de cooperación entre todos los sistemas (Prieto, 2008, Martín & González, 2011)

Otro punto importante es que España y Brasil relacionan la división política administrativa existente en la configuración del sistema, haciendo de esta forma más fácil visualizar los gestores de los servicios. Portugal mismo hablando de descentralización, no indica en cual dirección (para otros niveles de la administración pública, otros órganos del gobierno central, organizaciones sociales locales o regionales, etc.), no siendo posible ver a principio se la descentralización va en dirección a la democratización que también habla.

### **4.3 – Reparto de competencias y gestión.**

Por la Constitución brasileira, los tres niveles de gobierno tienen deberes propios sobre la salud, siendo responsabilidad conjunta el cuidado de la salud de la población. Cabiendo al gobierno central la formulación general de las políticas y acciones, la coordinación nacional del sistema, establecer las normas de calidad, prestar colaboración técnica y financiera a los Estados y municipios, y regular el sector privado y su relación con el SUS. Los Estados tienen el deber de prestar apoyo técnico y financiero, gestionar en nivel de atendimento de alta y media complejidad y ejecutar de forma suplementar los servicios municipales. A los municipios cabe el planeamiento, regulación, ejecución y evaluación de los servicios públicos de salud, gestionar laboratorios, firmar acuerdos y consorcios con otros municipios o con el sector privado, así como su control e evaluación,

En Portugal la Constitución estipula como deber del Estado garantizar el acceso a todos los ciudadanos, coordinar y orientar las acciones y servicios públicos

de salud, y regular y fiscalizar las actividades privadas en la salud, así como su relación con el SNS. Los órganos centrales deben, planear, organizar, inspeccionar y evaluar el SNS. Las Regiones de Salud deben planear, ejecutar, inspeccionar y evaluar los servicios, así como firmar convenios con el sector privado. Al municipal compete gestionar los servicios delegados por las Regiones de Salud, coordinar los cuidados primarios, y registrar e evaluar da datos de salud.

Por la Ley General de Sanidad de España, el Estado central ten la responsabilidad sobre la regulación, determinar en carácter general los requisitos técnicos básicos, el establecimiento de un sistema de datos, y los servicios de vigilancia sanitaria e epidemiológicas. Las CCAA tienen como deber todas aquellas funciones que no son exclusivas del Estado, asumiéndolas o no en sus Estatutos, además de delegar responsabilidades a las provincias, municipios y constituir las Áreas de Salud. Siendo de competencia de estas gestionar los centros, hospitales y clínicas especializadas, y ejecutar los programas sanitarios y las acciones de atención primaria y especializada. Quedando al nivel municipal el control sanitario y de los cementerios.

Con esto podemos ver no sólo la función en cada nivel de gestión, más también su importancia en relación a los demás. En Portugal y Brasil, el nivel nacional es lo que presenta mayor peso en relación al sistema como un todo, pues la regulación, las directrices principales, la financiación, la formulación de las principales políticas y la coordinación son de su responsabilidad, quedando a los demás niveles actuaren de manera complementar en estos puntos. También en ambos el nivel regional (Regiones de Salud o Estados) tienen el deber de gestionar los servicios de alta y media complejidad, pero mientras en el SNS es el nivel regional que organiza el local, delegándole funciones y coordinando los servicios en el SUS su papel es de apoyo, complementando las acciones municipales. Pero lo que más cambia en estos países es el papel del nivel local, pues mientras en Portugal el municipio es dependiente de los niveles superiores, en Brasil es lo principal prestador de los servicios, mismo que obedeciendo a las directrices nacionales, debiendo los niveles superiores se adecuaren a la configuración local.

Otro punto también importante a ser resaltar es el proceso de mercantilización en la gestión de los servicios públicos de alta complejidad,



separando el financiador del gestor e introduciendo contratos programas dentro del propio Estado (Bravo, 2010, Major & Magalhães, 2014, Souza, 2009), debido a necesidad de contención de gastos y mejora del sistema que atingían niveles críticos por los cambios demográficos, facto que como podemos ya observamos también está ocurriendo en los demás países.

Ya España presenta el nivel local, la Comunidad Autónoma, como principal actor dentro del sistema, siendo no sólo responsable por la gestión de los servicios, más también por la mayor parte de su financiación, siendo estos hechos de forma directo por el poder público (no constituyendo personalidades jurídicas distintas, como Portugal) (Sacardo, Fortes & Tanaka, 2010), las principales directrices, y la organización local del sistema, haciendo con que haya diferentes formas de organización y estructuras administrativas que presten los mismo servicio (Villalbí, 2010). El nivel municipal sirve de apoyo a las actividades, sin grandes competencias. Así como el nacional, que hace la regulación básica de las actividades, así como su acompañamiento, pero de modo ancho, no representando una limitación a capacidad legislativa de las CCAA. Esto genera un sistema unidireccional, que cada vez se descentraliza más por la transferencia de competencias para las CCAA, dificultando más la coordinación nacional (Pietro, 2008)

Relacionando los tres países, observamos que Portugal tiene el menor nivel de descentralización, siendo el financiamiento y la gestión muy dependientes del gobierno central, no habiendo autonomía en el local, pero habiendo un elevado grado coordinación. Brasil se presenta como un medio termo, pues los estados y municipios tienen autonomía de gestión de recursos, pero el financiamiento es principalmente por las transferencias federales, siendo que parte de ella es por implementación de programas planeados por el Gobierno, haciendo con que la gestión local tenga que obedecer un padrón nacional. España es lo que presenta el mayor grado de descentralización, siendo el regional (las CCAA) el principal agente gestor y financiador del sistema, pero esto genera una grande fragmentación del sistema, con dificultades de coordinación a nivel nacional.

#### 4.4 - Financiamiento

La Constitución brasileira apunta que la financiación del SUS será hecha principalmente con los recursos de la Seguridad Social repasados por el gobierno nacional a los demás niveles, siendo complementados con recursos presupuestarios, hasta atngir el mínimo de gasto descrito por ley para cada nivel de gobierno. Sobre los repases, del total de recursos federales pelo menos 70% de estos deben ser destinados a los municipios, de manera automática, tiendo en consideración el perfil demográfico del municipio.

En Portugal la ley 48/90 indica el presupuesto estatal como la fuente de financiamiento del SNS, de modo que deba asegurar la implementación y realización de sus acciones. Debiendo ser tendencialmente gratuito, considerando las condiciones sociales y económicas del usuario no que se refiere a las tasas moderadoras. Pudiendo estas ser cobradas por los establecimientos del SNS de acuerdo con el descrito en la ley.

Por la Ley General de Sanidad, en España, los presupuestos públicos son la principal fuente de recursos financieros del sistema. Siendo la financiación hecha principalmente por transferencias, aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales, y de tributos estatales cedidos. Siendo las asignaciones de recursos del Gobierno hechas considerando el tamaño y características de la población de cada Comunidad Autónoma y las acciones sanitarias a realizar para corregir las desigualdades regionales y la cobertura del sistema de salud. Además, la transferencia será hecha teniendo en consideración el modelo de financiación autonómico en el periodo, habiendo como base los presupuestos de gastos hechos por cada Comunidad Autónoma en la gestión de sus servicios de salud.

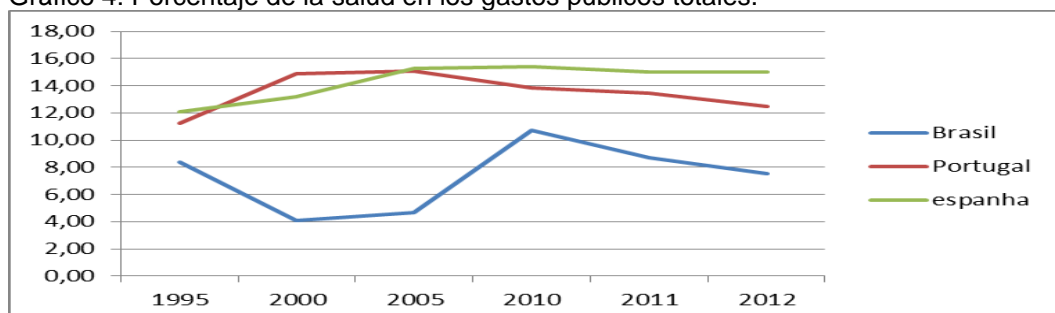
De los tres países, Brasil es el único que define una fuente específica de recursos (Seguridad Social), siendo el presupuesto público un complemento a los gastos hasta atngir un nivel mínimo descrito en ley.

En relación a las transferencias Brasil y España presentan modelos opuestos. En Brasil la mayor parte de los recursos se pasan automáticamente, lo que posibilita la mayor autonomía del gestor por no depender tanto de decisiones

políticas (Vianna, Heimann, Lima, Oliveira & Rodriguez, 2002), obedeciendo el porcentaje descrita en la ley y principalmente el perfil demográfico (50% del total es con base en el número de habitantes), siendo destinado 70% del total a los municipios, de modo que los demás factores queden poco valorados, de modo que no haya grandes resultados en la corrección de las desigualdades regionales (Dain, 2007) y con base en estos que se elaboran los presupuestos regionales y locales, siendo el nivel de recursos recibido lo que condiciona el gasto. España ya hace el inverso, es el gasto de las CCAA que condiciona la cantidad de recursos transferidos, siendo esto gasto hecho según un valor mínimo que sigue la evolución del PIB (Sacardo, Fortes y Tanaka, 2010), pero aún mucho dependiente de la voluntad política de cada CCAA (Pietro, 2008), pues esto tiene que tener en consideración no solo factores demográficos, pero también los tributos cedidos que posibilitan la autonomía financiera regional (Sacardo, Fortes & Tanaka, 2010), y las acciones necesarias para disminuir las desigualdades y permitir que todos los españoles sean cubiertos por el sistema. De esto modo, son las necesidades locales que influyen las transferencias. .

Portugal por la ejecución ser hecha por las regionales de salud y contratos programas (Major & Magalhães, 2014), dependientes del gobierno central, la cantidad de los recursos destinados tiene como base el planeamiento de acciones futuras que serán hechas, no existiendo un nivel mínimo de gastos como en Brasil, o consideración de otros niveles de gobierno, como en España. Pero la existencia de las tasas moderadoras como recursos extras, disminuyendo un poco da dependencia sólo del presupuesto público para la financiación de los servicios y fortaleciendo los recursos locales, disminuye el problema de sostenibilidad financiera, agravado por la crisis (Dain, 2007, Martín & Gonzales, 2011, Souza, 2009)

Gráfico 4: Porcentaje de la salud en los gastos públicos totales.



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

#### **4.5 – Relación con el sector privado.**

El Artículo 199° de la Constitución Federal de Brasil permite a iniciativa privada prestar asistencia a salud, con o sin fines lucrativos. Pudendo participar de forma complementar del Sistema Único de Saúde. Pero prohíbe la destinación de recursos para instituciones con fin lucrativos. Siendo posible celebrar convenios con el SUS en los casos de urgencia o cuando los recursos públicos existentes no fueren suficientes para garantizar la cobertura a toda la población. En Portugal el Estado apoya el desarrollo del sector privado. Pudiendo ellos integraren el SNS mediante acuerdos o contratos de prestación de servicios, en los casos que sean considerados ventajosos, teniendo en cuenta la relación costo-beneficio y que sea garantizado el derecho de acceso.

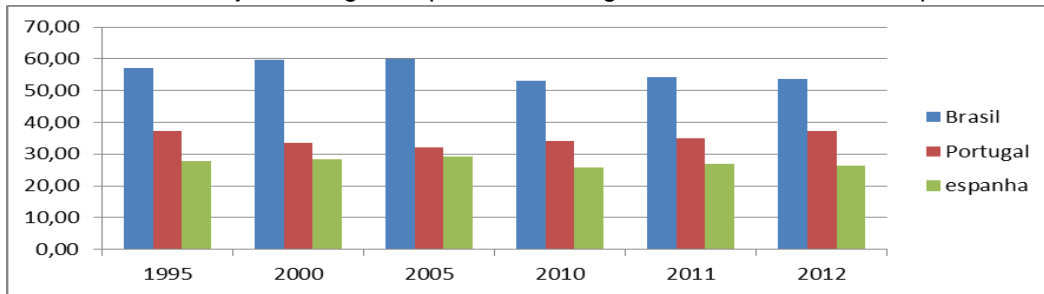
En España, es libre la actuación del sector privado en el área de la salud, sea por empresas o personas. Habiendo la posibilidad de firmar contratos con el sector público para la prestación de los servicios sanitarios, debiendo la administración pública tener en cuenta primero la utilización óptima de sus propios recursos. Además de esto, los centros y establecimientos de salud, sean del poder público o no, podrán recibir, en carácter esporádico, auxilios económicos u otros beneficios provenientes de fondos públicos para prestar servicios sanitarios calificados de alto interés social.

Mismo en todos los países permitiendo la actuación del sector privado en el área de salud, la posibilidad de esto participar del sistema público difiere entre los países. En España y Brasil, esta actúa de forma complementar, cuando los recursos propios del poder público no son capaces de garantizar la cobertura del sistema para la población. Ya Portugal, más que sólo los recursos existentes, considera la relación costo-beneficio para contratar los servicios, siendo esto una evolución en la relación entre público y privado. Otro punto importante en esto es en España la posibilidad de ayuda financiera para instituciones privadas, desde que consideradas de interés social, lo que fornece un seguro para el sector privado, que puede ser utilizado como incentivo por disminuir el riesgo del sector en momentos de crisis.

Pero en relación a las actividades no realizadas en conjunto al poder público, Brasil presenta una laguna en la legislación, lo que hace con que el sector privado pueda “seleccionar clientes”, cuando con los casos de menor costo y direccionando

el restante para el SUS, mismo en los casos de la persona tener un plan de salud (Gerschman, 2007, Silva, 2008), facto esto posible también por la universalidad del sistema público brasileiro, que no contemplo medios de relación del sector privado en el sistema sin ser de complementariedad (Dain, 2007, Gerschman, 2007)

Gráfico 5: Porcentaje de los gastos privados en el gasto total en salud en los países.



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

## Conclusiones y proposiciones

Después de la exposición de los países estudiados, de la descripción de los sistemas nacionales de salud, con sus modelos de reparto de competencias, de financiación y relación con el sector privado, así como de la valuación comparativa y de los estudios hechos sobre el tema, podemos apuntar los puntos débiles y fuertes existentes, proponiendo mudanzas que busquen mejorarlos o profundizarlos de modo a aumentar su eficiencia, mejorar su sustentabilidad, y acercarse de los ciudadanos.

Pero para esto debemos antes hablar sobre las posibilidades de cambio existentes, de las estructuras jurídicas que regulan los sistemas, con sus barreras y posibilidades. Pues de nada serviría recomendaciones que no tuviesen la posibilidad de ser puestas en práctica, tornando inocuo cualquier tratamiento del tema en respecto a mudanzas. Siendo en esto caso el Brasil el caso más extremo, ya que no sólo el derecho a la salud, pero también parte de la organización del propio sistema, como la financiación y la división de responsabilidades, están contenidos en la Constitución, haciendo con que el ambiente político tenga un peso muy grande en el proceso de reforma. Pero después de esto, la implementación y el cambio pueden ocurrir de forma más rápida, viendo en vista que es el Gobierno Federal que determina las principales directrices, habiendo un planeamiento muy centralizado.

En España la presencia de la salud en la Constitución es mínima, presentando sólo que está es un derecho del ciudadano, y las leyes nacionales son un conjunto de directrices bases que deben ser observadas en cada CC.AA, posibilitando la existencia de una estructura flexible y que los procesos de mudanza puedan ser hechos de modo más rápido. Pero, como el sistema en la práctica consiste en la unión de los sistemas autonómicos de salud, la principal dificultad de una reforma nacional sería no la estructura jurídica, pero el consenso entre todas las CC.AA en la adopción de políticas comunes para una mayor integración, lo que en algunos casos podría llevar a una centralización del sistema de salud para tornarlo verdaderamente nacional, lo que va en contra el proceso histórico de los últimos 30 años.

Portugal por su vez presenta en su Constitución el directo a la salud y las bases de su sistema, donde al mismo tiempo que habla sobre la obligación de creación de un sistema de salud, lo hace de modo que sea permitido cambios estructurales y gerenciales. Siendo dentro los sistemas lo que presenta una mayor posibilidad de reformas y con menores costes políticos.

Con base en esto y en los factores apuntados durante el trabajo, empezaremos a tratar sobre los puntos abordados de manera más específica, el reparto de competencias, la financiación y la relación con el sector privado. Haciendo la valoración y las propuestas de mejora, siendo esto un de los objetivos buscados.

Los tres países presentan la descentralización y el aumento de las competencias locales y regionales como una característica importante del sistema, presente en las leyes nacionales del tema, mostrando el cambio de pensamiento influenciado por el proceso de democratización por lo cual pasarán. Pero esta delegación de atribuciones ocurrió de manera completamente opuesta entre los países. Brasil atribuyó al local (municipios) la ejecución de las principales acciones de salud, y al regional (estados) las de mayor complejidad, no lo tanto la principal fuente de financiación, especialmente para las regiones más pobres, aún es el gobierno federal, así como la elaboración de las directrices y normas generales, de modo que el local no tenga autonomía de decisiones, apenas replicando un padrón nacional. Lo que se por un lado permite la uniformidad de acciones e el mayor control, como la formación del banco de datos del DATASUS, por otro no refleja la realidad local en algunas regiones, haciendo poco efectivo las acciones, y no posibilitando muchas oportunidades de implementación de modelos que reflejen las capacidades locales.

Caso opuesto es el sistema español, donde la autonomía de cada CC.AA. fragmenta la unidad nacional del sistema (Villalbí, 2010; Sacardo, Fortes & Tanaka, 2010), generando una diversidad de acciones, sistemas de información y de valoración, que poco se comunican. Mismo reconociendo que esta estructura es derivada de factores históricos y políticos, donde el aumento del poder local no fue sólo una demanda social, pero también histórica (como en Galicia, País Vasco y Cataluña), queda la cuestión se acciones coordinadas nacionalmente no llevarían a mejores resultados, debido a ganancias de escala y disminución de costes

administrativos, mismo significando una pequeña pérdida de autonomía, siendo quizá esto un de los motivos para que haya pocos incentivos en acuerdos de cooperación (Pietro, 2008)

Un cambio con base en la estructura del SNS podría lograr resultados na unificación de los sistemas en un que sea realmente nacional y al mismo tiempo mantener la autonomía. Un sistema coordinado nacionalmente con directrices, sistemas de información y de evaluación, y estructura única, pero con autonomía de acciones en las regiones de salud. Esto posibilitaría no sólo en gaño de escala, como también un mayor acompañamiento e un mejor acompañamiento de cada CC.AA.

Portugal presenta una delegación parcial de atribuciones, debido no dotar de mayor autonomía los municipios y freguesias, cabiendo a ellos sólo algunas funciones básicas que son delegadas por la Regional de Salud, siendo que mismo representando una gestión regional, aun é más ligada al poder central que a las organizaciones locales. Un modelo similar en estructura al Brasil, pero con el foco en el regional, no que se refiere a planeamiento y gestión del sistema.

Pero una descentralización total al poder local no llevaría a una mejora, pero a una concentración de recursos en algunas áreas, como Brasil y España en las grandes ciudades. No lo tanto una mayor delegación a los municipios de las acciones preventivas y de acompañamiento, como la de atención básica y sanitaria, podría propiciar una mayor aproximación del gestor con el ciudadano, mejorando su eficiencia.

Todavía sólo una mudanza de atribuciones no generaría los resultados deseados, ya que junto con la delegación de funciones, habría de tener también una contrapartida en el manejo de los recursos financieros, para que se pueda tener la posibilidad de ejecución de las acciones. Con esto debemos mirar el funcionamiento de cada modelo de financiación para identificar como esto podría ser hecho.

Portugal es el único de los países estudiados no lo cual el sistema presenta tasas moderadoras, de modo a complementar los recursos presupuestarios destinados a la salud, y también servir como un regulador de demanda, tentando evitar el mal uso de los servicios. Además de esto, también tornase una política indirecta de redistribución de renda, debido al facto de haber descuentos y



exenciones para las camadas bajas de la sociedad y para los grupos de riesgo, de modo que aquellos que tengan más condiciones contribuyan más en la financiación del sistema. Así, el modelo portugués presenta un mixto de recursos públicos (presupuesto del estado) y privados (tasas moderadoras), haciendo que el SNS sea menos vulnerable a las oscilaciones económicas, y debido a la mercantilización de algunas áreas, presenta una mejora en las ganancias de eficiencia y productividad (Major & Magalhães, 2014)

Ya los otros dos países presentan una financiación totalmente pública, pero si diferencian cuanto a la principal origen. Brasil, ya en su Constitución apunta los recursos de la seguridad social como la base para el financiamiento del SUS, describiendo también una porcentaje mínima de gastos presupuestarios de cada nivel de gobierno. Siendo la mayor parte de los recursos provenientes de las transferencias federales, teniendo como base la población y las acciones ejecutadas. Lo que hace con que gran parte de los recursos vaya justo a las regiones más desarrolladas del país (las cuales también presentan las mayores poblaciones), no logrando disminuir las desigualdades en el país.

España por otro lado tiene el presupuesto de las CC.AA como principales financiadores del sistema (reflejo de la transferencia de responsabilidades del gobierno central para el regional), siendo las transferencias nacionales complementarias de los gastos autonómicos. Esto hace también que no ocurra una política efectiva de disminución de las diferencias nacionales, teniendo en vista también que el repase tiene como base también la capacidad de gasto existente, haciendo que las regiones más ricas también reciben más recursos.

Tanto Brasil como España en este punto podrían introducir tasas moderadoras en la salud (en ambas las legislaciones hablase sobre tasas como fuente de recursos, sirviendo de base para una mudanza), pero así como Portugal, estas deben ser complementarias a los recursos locales y regionales, siendo aplicadas en los locales en que son cobrado (no indo para un fondo nacional). Esto posibilitaría que en las regiones más desarrolladas destinasen se menos repases, siendo estos alocados en las áreas con mayores necesidades de recursos. Otro punto, para los tres países, se podría crear impuestos con destinación propia para la salud, vinculados, como hubo en Brasil. Pero con base en transacciones financieras o áreas que impactan negativamente la salud (como tabaco o alcohol).

No obstante, mismo con una reforma en el reparto de competencias y en el modelo de financiación, el Estado no es el único que presta servicios de atención a la salud. Siendo por esto importante también observar el sector privado, como concurrente y también como asociado. Principalmente por el aumento de su participación en las últimas décadas.

Los tres países permiten la iniciativa privada prestar servicios de salud, siendo posible también que el propio Estado los contrate para ejecutar suyas políticas y acciones de asistencia y tratamiento. No lo tanto, como se describe la relación y las condiciones que deben ser observadas para la asociación difieren, reflejando la actuación del sector privado.

En España, como cada CC.AA tiene autonomía sobre la gestión de su sistema de salud, no hay un padrón nacional sobre el poder privado (complementar, suplementar, concurrente, etc.). Así cualquier administración pública puede firmar contratos con el sector privado, pero debiendo antes observar la plena utilización de su capacidad y de los recursos disponibles (único punto de referencia nacional). Habiendo ayún la posibilidad de ayuda economía para instituciones privadas de salud, en carácter ocasional, para mantener la prestación de sus servicios a la población, desde que considerados de interés social.

Brasil apunta el SUS como el principal prestador de los servicio sanitarios, siendo el sector privado complementar a ello, mediante convenios o contratos. Pero prohíbe la celebración de asociación con entidades que tengan fines lucrativos o con capital extranjero (excepto organizaciones internacionales, como la OMS). Siendo competencia principalmente de los municipios, y en menor grado de los Estados, firmar acuerdos y convenios, observando las normas nacionales. Mas la normativa nacional es falla, y no contempla muchas de las formas de contratos hechos, siendo los Estados que legislan de forma complementar en estos casos, haciendo con que haya brechas, donde el sector privado se beneficia, y dificultando la coordinación con el SUS (Silva, 2008)

Portugal por otro lado apoya el desarrollo del sector privado, considerando esto como concurrente del SNS. Mas con la posibilidad de prestar servicios mediante acuerdos o contratos, siempre que se considere ventajoso (una relación coste-beneficio positivo) y garantice el derecho de acceso. Siendo estos contratos

realizados por las Administraciones Regionales de Salud o el propio Estado directamente.

Así, con base en los demás países, Brasil podría mejorar su legislación sobre la relación con el sector privado, considerando cuestiones de coste-beneficio, como Portugal, y también ayudas a entidades de interés social, mismo que lucrativas. Siendo la débil regulación y la falta de coordinación entre público y privado un dos grandes problemas que enfrenta el SUS debido a selección de clientela por los seguros y planos particulares de modo a direccionar al sistema público solo los casos de mayor coste o la población con menos recursos (Gerschman, 2007)

Tabla 21: Comparación de los datos de los países y sistemas estudiados.

	<b>Brasil</b>	<b>Portugal</b>	<b>España</b>
Populación	200.362.000	10.608.000	46.182.000
Viviendo em área urbana	85%	62%	79%
PIB per capta (dolares)	14.750	25.360	31.850
IDH	0,744	0,822	0,869
Gini	52,7	38,5	34,7
Espectiva de vida (años)	72,4	78,7	81,2
Mortalidad infantil (< 1 años)	1,23%	0,31%	0,36%
Mortalidad infantil (< 5 años)	1,37%	0,38%	0,42%
Risco de muerte materna (per 1000)	1,28	0,11	0,06
Año de la redemocratización	1985	1974	1977
año de la Constitución	1988	1976	1978
año de creación del sistema	1990	1979	1986
Sistema Nacional	Sistema Único de Saúde	Sistema Nacional de Saúde	Sistema Nacional de Salud
niveles de division	Tres	Cuatro	Cuatro
Principal nivel de ejecución de la atención básica	Municipal (local)	Regional de Salud (regional)	Áreas de Salud (regional)
Modelo de atención básica	Estratégia Salud de la Familia	Programa Salud de la Familia	Atención Primária a la Salud
Principal nivel de ejecución de la atención especializada	Estados (subnacional)	Regional de Salud (regional)	Áreas de Salud (regional)
Principal fuente de financiamiento	Repases federales de la Previdencia Social	Repases federales y tasas moderadoras	Presupuesto de las CCAA
Gastos per capta (US\$ 2005)	1.108,70	2.399,80	3144,90
% presupuesto público	7,6	12,5	15,0
% del sector público	46,4	62,6	73,6
% sector privado	53,6	37,4	26,4
% del PIB	9,30	9,44	9,61
nivel de constitucionalidad	Alto	medio	bajo
Modo de formación	Integración de los servicios en el nuevo sistema	Integración de los servicios en el nuevo sistema	Unión de los sistemas existente
Descentralización	media	baja	alta
Local	Ejecutar las acciones	Acciones delegadas	Control Sanitario y fiscalización
Regiona	Complementar y alta complejidad	Ejucutar y planear las acciones	Ejecución y planeamiento

Fuente: elaboración propia.

## 6 – Consideraciones finales.

Al fin de este trabajo fuimos capaces no sólo de tenernos una visión más profundada de los sistemas nacionales de salud de cada país, como también de las similitudes y diferencias existentes entre ellos, siendo posible de esto modo proponer cambios en algunos de los factores estudiados, buscando mejorar los puntos débiles y reforzar los fuertes. Logrando así el principal objetivo de los estudios comparados, que es apuntar padrones y relaciones existentes entre los objetos de estudio, buscando así una mayor comprensión de estos y la identificación de posibilidades de cambios y mejoras.

La exposición combinada de datos económicos, sociales, históricos y legislativos de los países mostró se de gran utilidad para llegar a los resultados finales. Los cuales no serían posibles solamente con la comparación de las estructuras de gestión de los sistemas, valuadas fuera del contexto no los cuales están inseridos. Se sumando a esto, el levantamiento de estudios hecho sobre los sistemas comparados (tanto descriptivos de alguna sólo uno de los sistemas, como comparativos entre dos de ellos), lo que permitió averiguar y complementar los datos y los resultados obtenidos.

Como puntos comunes entre los sistemas, estaban la universalidad, igualdad, gratuidad de las principales acciones, el presupuesto público como principal fuente de recursos, lo reconocimiento de la salud como derecho, la busca en la disminución de las desigualdades regionales, el repase de competencias para los niveles locales y regionales, la substitución del antiguo modelo de sanidad corporativo y con carácter autoritario, y la actuación complementar del sector privado, pero también el problema del financiamiento después de la crisis de 2008, el aumento de los gastos debido a los cambios demográficos (como el envejecimiento de la población), la ampliación del sector lucrativo en la salud, la dificultad para corregir las diferencias de servicios entre las regiones menos desarrolladas y un constante proceso de reforma buscando adaptar la sustentabilidad, las posibilidades y el logro de los objetivos del sistema, a la realidad social y las incertezas económicas.

Demostrando que mismo con contextos sociales diferentes, presentan los mismos problemas derivados del ambiente global, del proceso de transición de paradigma iniciado en los años 90 del siglo pasado. De lo cambio del modelo del Estado de Bien Estar Social, del centralismo público, de la estabilidad económica y social, de las políticas Keynesianas y del Estado proveedor, para el modelo Neo Liberal, con cambios sociales y económicos más rápidos, la incerteza, el aumento de la importancia del ámbito local, la mayor participación del sector privado en los servicios públicos, el Estado regulador, las novas demandas sociales, y el aumento de la participación popular (ampliación de la democracia).

En relación a las diferencias apuntadas en el trabajo, observase que ellas son más debido a las características históricas y sociales do que por escollas de carácter de gestión o de eficiencia. Exponiendo nuevamente la importancia dela análisis conjunta de informaciones del contexto en que el sistema esta inserido.

Portugal por ser, entre los países estudiados, el primer a democratizarse después de décadas de un régimen autoritario y crear un sistema nacional de salud, presenta un avance mayor en las reformas neo liberales, con una mayor participación del sector privado, la cobranza de tasas moderadoras, un modelo de gestión más empresarial (mismo en las instituciones públicas), y una actuación más centrada en grupos de risco (como por la exención de la cobranza de las tasas moderadoras), pero aún presentase como un sistema centralizado, con poca participación directa de los poderes locales, donde mismo los órganos de gestión regional son directamente subordinados a la gestión central, siendo un sistema poco democrático, se comparado con los demás. No lo tanto, el facto de Portugal tener una menor dimensión territorial, no haber gobiernos sub-nacionales (como los estados o las Comunidades Autónomas), y las menores diferencias sociales dentro del países, haz con que posiblemente la demanda de la delegación de funciones sea menor que en los demás países, principalmente España.

Brasil, al contrario, fue el último país a democratizarse, siendo también el último a crear el actual sistema nacional de salud. Fuertemente inspirado en los modelos europeos de bien estar social de los años 80, el país puso en su Constitución so sólo el derecho a salud, pero también las principales estructuras del nuevo sistema, o que se por un lado garantizó la creación del SUS, por otro helo

tener una estructura rígida y poco adaptable a las diferencias regionales, haciendo difícil los cambios y reformas en el sistema. Otra diferencia fue también el doble camino de reparto de competencias, pues al mismo tiempo que se delegaba al municipio la primacía de ejecución de las acciones de salud, se centraba en el la administración nacional el reparto de los recursos, junto con las toma de las principales escollas sobre el sistema. Junto a esto, la gratuidad del sistema y la deficitaria legislación que regula las actividades privadas, en un país subdesarrollado, desigual y con una gran población en proceso de envejecimiento, hizo con que el sistema no lograra disminuir las diferencias regionales, destinando gran parte de los recursos a las regiones más ricas del país y también al sector privado, de forma indirecta. Pues como la transferencia tiene como principales factores considerados la población y los servicios prestados, y estos dos estando concentrados en las ciudades más desarrolladas del país, como São Paulo, estos recursos llegan de manera insuficiente a las regiones más pobres, debidamente por ser considerar factores presentes, no habiendo una consideración en un planeamiento futuro, como Portugal o España.

70

España aparece como un medio termo entre ambos los sistemas, en el proceso de democratización y de creación de un sistema. Pero, por motivos históricos y políticos, el diseño de la estructura organizacional se dio de forma muy diferente de los demás, siendo en la práctica la unión de diferentes sistemas autónomos de salud, con legislación, actuación, gestión e financiación propios, y no un sistema nacional común en todas las regiones. Lo que se por un lado facilita la participación y el control social, permite la mejor actuación sobre los problemas locales, fornece mayor autonomía al poder local y posibilidades de adaptación y mudanzas, por otro no actúa sobre las diferencias sociales existentes, no formando un sistema nacional igualitario, dificultando también la evaluación general, la integración entre las CC.AA., el tráfico de informaciones, y la actuación conjunta a problemas comunes.

Así, con base en los puntos presentados, fue hecha la valuación de las debilidades y dificultades presentes en los sistemas y busco se dentro las características de los demás sistemas posibilidades de cambio y mejora, como la mayor participación del poder local en Portugal, un complemento en el modelo de financiamiento en España y Brasil, una mejor coordinación interregional entre las

CC.AA., una legislación más estructurada del sector privado en lo SUS, y avances en lo proceso de adaptación al nuevo paradigma del sector público y del contexto internacional.

Pero este trabajo no busco ser un informe detallado de los problemas y de las soluciones que deban ser implementadas. No obstante un levantamiento de algunas de las características de los sistemas, la comprensión de puntos fuertes y débiles, y la identificación de posibilidades de mejora. Ansiando no ser el fin, mas una contribución para un gran debate de cómo garantizar derechos, prestar mejores servicios públicos, ampliar la participación de la sociedad y la democracia, y adaptarse en un contexto global en constante proceso de mudanza, tanto económica como social.



## Bibliografía.

### Artículos:

- Bravo, Maria Inês Souza. (2010). A saúde no Brasil e en Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. *Serviço Social & Sociedade*, (102), 205-221. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-66282010000200002&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000200002&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0101-66282010000200002.
- Coelho, I.B., “Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde”. In Campos, Gastão Wagner de Sousa(org); Guerrero, André Vinicius Pires (org). Manual de práticas de atenção básica ampliada e compartilhada, São Paulo, Aderaldo e Rothschild Ed, 2010.
- Dain, Sulamis. (2007). Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Suppl.), 1851-1864. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-81232007000700008.
- Gerschman, Silvia. (2008). Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1441-1451. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500010&lng=en&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500010&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-81232008000500010.
- Lermen Junior, Nulvio. (2013). Cuidados de Saúde Primários: Relação Brasil e Portugal, um exemplo de longitudinalidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 29(2), 88-89. Recuperado en 27 de maio de 2015, de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732013000200003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732013000200003&lng=pt&tlng=pt). .
- Major, Maria João, & Magalhães, Andreia. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde en Portugal: balanço da empresarialização dos

hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração (São Paulo)*, 49(3), 476-490. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-21072014000300004&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-21072014000300004&lng=en&tlng=pt). 10.5700/rausp1162.

- Martín, José Jesús Martín, & González, Maria del Puerto López del Amo. (2011). La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2773-2782. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600016&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600016&lng=en&tlng=es). 10.1590/S1413-81232011000600016.
- Prieto, David Cantarero (2008). “Desigualdades territoriales y equidad en el sistema sanitario español”. CUADERNOS ECONÓMICOS DE ICE (Madri), 75, disponible en: [http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE\\_75\\_141-166\\_\\_B8B534F3C0F197A1160664F948982465.pdf](http://www.revistasice.com/CachePDF/CICE_75_141-166__B8B534F3C0F197A1160664F948982465.pdf) (visitado en: 27 de abril de 2015)
- Sacardo, Daniele Pompei, Fortes, Paulo Antonio de Carvalho, & Tanaka, Oswaldo Yoshimi. (2010). Novas perspectivas na gestão do sistema de saúde da Espanha. *Saúde e Sociedade*, 19(1), 170-179. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000100014&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000100014&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0104-12902010000100014.
- Sancho, L. G. (2007). “*Avaliação econômica em saúde*”, São Paulo: Aderaldo e Rothschild Ed.
- Silva, Silvio Fernandes da. (2008). Interfaces entre a gestão do SUS e a regulação de planos privados de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5), 1403-1406. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000500005&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500005&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-81232008000500005.
- Sousa, Paulino Artur Ferreira de. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe), 884-894. Retrieved May 27, 2015, from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002009000700009&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000700009&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0103-21002009000700009.

- Viana, Ana Luiza d'Ávila y Silva, Hudson Pacífico da (2011), "Economia e Saúde", In: Ibañez, Nelson (org); Elias, Paulo Eduardo Mangeon(org); Seixas, Paulo Henrique D'Ângelo(org), Política e gestão publica em saúde, São Paulo: Hucitec Editora: Cealag.
- Viana, Ana Luiza d'Ávila, Heimann, Luiza S., Lima, Luciana Dias de, Oliveira, Roberta Gondim de, & Rodrigues, Sergio da Hora. (2002). Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (Suppl.), S139-S151. Retrieved May 27, 2015, from [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700014&lng=en&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700014&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0102-311X2002000700014
- Villalbí, Joan R. (2010) et al. La cartera de Servicios de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud: la aportación de la Administración General del Estado. *Rev. Esp. Salud Publica*, Madrid, v. 84, n. 3, jun. 2010. Disponible en <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272010000300003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000300003&lng=es&nrm=iso)>. accedido en 08 jun. 2015.

### **Legislación:**

- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. *Diario Oficial da União*, 5 de octubre de 1988, Seção 1, p. 1
- Brasil. Ley Orgánica 8.142/90, de 28 de diciembre, la participación comunitaria en la gestión del Sistema Único Salud (SUS) y sobre intergubernamentales transferencias de fondos financiera en el cuidado de la salud y otras medidas. *Diario Oficial da União*, 31 de diciembre de 1990, Seção 1, p. 25694
- Brasil. Ley Orgánica 8.080/90, de 19 de septiembre, las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y

funcionamiento de los servicios correspondientes, y otras disposiciones. Diário Oficial da União, 20 de septiembre 1990, Seção1, p.18055 - 18059.

- España. Constitución (1978). Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, de 29 de diciembre de 1978, nº. 311, p. 29313 – 29424
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, de 29 de abril de 1986, nº. 102, p. 15207 – 15224  
España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, de 29 de mayo de 2003, nº. 128, p. 20567 – 21588
- Portugal. Constituição (1976). Constituição da República Portuguesa. VII revisão constitucional 2005. Assembleia da República. De 02 de abril de 1976
- Portugal. Ley 48/90, de 24 de agosto. Ley de Base da Salud - Diário da República, de 24 de agosto de 1990, nº 195, I Série, p. 3452 – 3459.
- Portugal. Ley 56/79, de 15 de septiembre, Serviço Nacional de Saúde (SNS) - Diário da República, de 15 de septiembre de 1979, nº 214, Série I, p. 2357 – 2363.
- Portugal. Ley 11/93, de 15 de enero, Estatuto so Serviço Nacional de Saúde - Diário da República, de 15 de enero de 1993, nº 12, Série I, p. 129 – 134.

**Sitio electrónico:**

- Banco Mundial, base de datos, web site:  
<http://databank.bancomundial.org/data/home.aspx>
- Organización de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume II: Demographic Profiles*
- Organización Mundial de la Salud, sistemas de salud, web site:  
<http://www.who.int/healthsystems/topics/es/>

## **Anexo**

**Anexo 1: datos generales de Brasil**

serie	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad, bebés (por 1000)	51,40	40,30	28,90	20,40	14,60	13,70	12,90	12,30
Tasa de mortalidad, neonatal (por 1000)	27,80	23,00	17,60	13,10	9,80	9,20	8,80	8,40
Desempleo de jóvenes (%)	..	11,40	18,00	19,40	17,20	15,20	14,40	13,60
Desempleo de largo plazo (%)	..	..	..	24,60	17,70	16,00	14,60	..
Desempleo total (%)	..	6,00	9,50	9,30	7,90	6,70	6,10	5,90
Gasto en salud per cápita ((US\$ a precios actuales)	..	315,97	264,69	396,21	988,93	1153,72	1078,00	1083,40
Gasto privado en salud (% del PIB)	..	3,79	4,28	4,89	4,77	4,83	5,00	5,00
Gasto público en salud (% del gasto)	..	8,36	4,08	4,98	10,74	9,28	7,90	6,93
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	..	43,01	40,30	41,51	47,02	47,38	47,49	48,24
Gasto público en salud (% del PIB)	..	2,86	2,89	3,47	4,24	4,35	4,52	4,66
Gasto en salud, total (% del PIB)	..	6,65	7,16	8,36	9,01	9,17	9,52	9,66
Gastos desembolsados por el paciente (% gasto privado)	..	67,98	63,58	62,77	57,76	57,76	57,76	57,89
INB per cápita (US\$ del año 2005)	3893,07	4237,52	4285,45	4603,38	5513,36	5608,12	5636,93	5708,48
Mejora de las instalaciones sanitarias, rural (%)	31,40	35,40	39,50	43,50	47,60	48,40	49,20	..
Mejora de las instalaciones sanitarias, urbano (%)	79,20	81,00	82,80	84,60	86,30	86,70	87,00	..
Mejora en el suministro de agua, rural (%)	67,80	71,70	75,70	79,70	83,70	84,50	85,30	..
Mejora en el suministro de agua, urbano (%)	95,80	96,70	97,60	98,50	99,40	99,50	99,70	..
PIB per cápita (US\$ de 2005)	3999,43	4300,07	4406,71	4739,31	5618,32	5721,29	5730,25	5823,04
Población de 65 años de edad y más (% del total)	4,46	5,01	5,49	6,17	6,91	7,10	7,30	7,53
Población en aglomerados urbanos > 1 millón (%)	35,11	36,37	37,72	38,11	39,16	39,41	39,66	39,92
Población entre 0 y 14 años de edad (%)	35,28	32,49	29,60	27,57	25,49	25,04	24,57	24,08
Población rural (%)	26,08	22,39	18,81	17,17	15,67	15,38	15,10	14,83
Población urbana (%)	73,92	77,61	81,19	82,83	84,34	84,62	84,90	85,17
Tasa de alfabetización personas mayores (%)	..	..	86,37	..	90,38	91,41	91,33	..
Tasa de mortalidad en un año (por 1.000)	7,01	6,57	6,39	6,33	6,39	6,41	6,44	6,48
Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por 1.000)	61,50	47,00	32,90	22,90	16,30	15,30	14,50	13,70
Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por 1.000)	24,19	21,94	20,87	18,06	15,58	15,33	15,13	14,94

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

**Anexo 2: datos generales de Portugal**

serie	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad, bebés (por 1000)	11,50	7,50	5,50	3,70	3,10	3,10	3,10	3,10
Tasa de mortalidad, neonatal (por 1000)	7,20	4,60	3,40	2,40	2,10	2,00	2,00	2,00
Desempleo de jóvenes (%)	44,70	48,70	42,30	48,00	52,00	48,20	48,70	..
Desempleo de largo plazo (%)	..	6,80	3,90	7,60	10,80	12,70	15,60	16,50
Desempleo total (%)	..	16,10	8,50	16,00	22,30	30,00	37,60	37,80
Gasto en salud per cápita ((US\$ a precios actuales)	..	875,76	1063,96	1892,76	2352,32	2332,35	1999,82	2036,77
Gasto privado en salud (% del PIB)	..	2,81	3,11	3,32	3,40	3,47	3,57	3,43
Gasto público en salud (% del gasto)	..	11,24	14,87	15,11	14,50	13,98	13,43	12,90
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	..	62,62	66,58	67,96	68,71	66,55	64,03	64,66
Gasto público en salud (% del PIB)	..	4,71	6,19	7,04	7,46	6,90	6,36	6,28
Gasto en salud, total (% del PIB)	..	7,52	9,30	10,35	10,86	10,37	9,94	9,71
Gastos desembolsados por el paciente (% gasto privado)	..	63,99	72,78	74,53	74,49	75,22	76,16	75,35
INB per cápita (US\$ del año 2005)	14206,31	15556,84	18020,22	18495,20	18566,67	18525,07	17827,05	17811,62
Mejora de las instalaciones sanitarias, rural (%)	89,90	92,90	96,00	99,00	100,00	100,00	100,00	..
Mejora de las instalaciones sanitarias, urbano (%)	97,70	98,40	99,10	99,70	100,00	100,00	100,00	..
Mejora en el suministro de agua, rural (%)	94,70	95,80	97,00	98,20	99,40	99,70	99,90	..
Mejora en el suministro de agua, urbano (%)	97,80	98,20	98,70	99,10	99,60	99,70	99,80	..
PIB per cápita (US\$ de 2005)	14245,15	15434,53	18365,05	18784,48	19240,21	18916,52	18363,66	18214,52
Población de 65 años de edad y más (% del total)	13,64	14,97	16,22	17,13	18,01	18,25	18,50	18,77
Población en aglomerados urbanos > 1 millón (%)	37,07	37,96	38,16	38,21	38,75	38,97	39,29	39,66
Población entre 0 y 14 años de edad (%)	20,56	17,82	16,17	15,60	15,15	15,04	14,92	14,77
Población rural (%)	52,09	48,89	45,60	42,48	39,43	38,83	38,24	37,66
Población urbana (%)	47,92	51,11	54,40	57,52	60,57	61,17	61,76	62,34
Tasa de alfabetización personas mayores (%)	..	..	..	..	..	94,48	..	..
Tasa de mortalidad en un año (por 1.000)	10,30	10,30	10,20	10,20	10,00	9,70	10,20	10,20
Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por 1.000)	14,70	9,80	7,20	4,70	3,90	3,80	3,80	3,80
Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por 1.000)	11,70	10,70	11,70	10,40	9,60	9,20	8,50	7,90

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.

**Anexo 3: valor de las tasas moderadoras para consultas.**

<b>Designação</b>	<b>Taxa Moderadora</b>	<b>Valor a cobrar</b> (n.º 5 do artigo 3.º da Portaria n.º 306-A/2011, de 20.12)
<b>Consultas</b>		
Consulta de medicina geral e familiar ou outra consulta médica que não a de especialidade	5,00 €	5,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito dos cuidados de saúde primários	4,00 €	4,00 €
Consulta de enfermagem ou de outros profissionais de saúde realizada no âmbito hospitalar	5,16 €	5,20 €
Consulta de especialidade	7,73 €	7,75 €
Consulta no domicílio*	10,31 €	10,35 €
Consulta médica sem a presença do utente*	3,09 €	3,10 €
Serviço de Urgência Polivalente	20,62 €	20,65 €
Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica	18,04 €	18,05 €
Serviço de Urgência Básica	15,47 €	15,50 €
Serviço de Atendimento Permanente ou Prolongado (SAP)	10,31 €	10,35 €
<b>Sessão de hospital de Dia (b)</b>		

Fuente: Administração Central do Sistema de Saúde, Portal da Saúde



**Anexo 4: datos generales de España**

serie	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Tasa de mortalidad, bebés (por 1000)	9,30	6,90	5,40	4,80	3,90	3,70	3,70	3,60
Tasa de mortalidad, neonatal (por 1000)	6,80	5,00	3,90	3,50	2,90	2,70	2,70	2,60
Desempleo de jóvenes (%)	51,30	54,60	42,40	24,50	36,60	41,60	44,50	..
Desempleo de largo plazo (%)	..	23,10	14,20	9,30	20,20	21,70	25,20	26,60
Desempleo total (%)	..	41,70	26,30	20,40	42,50	47,10	54,30	57,30
Gasto en salud per cápita ((US\$ a precios actuales)	..	1129,19	1045,48	2164,72	2874,22	2943,77	2625,55	2581,03
Gasto privado en salud (% del PIB)	..	2,07	2,05	2,41	2,47	2,51	2,63	2,63
Gasto público en salud (% del gasto)	..	12,09	13,18	15,29	15,49	15,15	13,95	13,95
Gasto público en salud (% del gasto en salud)	..	72,18	71,62	70,90	74,35	73,37	71,71	70,43
Gasto público en salud (% del PIB)	..	5,37	5,17	5,88	7,17	6,93	6,67	6,25
Gasto en salud, total (% del PIB)	..	7,44	7,21	8,29	9,65	9,44	9,30	8,88
Gastos desembolsados por el paciente (% gasto privado)	..	84,61	83,08	76,04	77,75	76,05	77,10	77,08
INB per cápita (US\$ del año 2005)	19020,78	20304,00	24239,50	26126,67	25823,12	25501,43	25168,16	24977,87
Mejora de las instalaciones sanitarias, rural (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	..
Mejora de las instalaciones sanitarias, urbano (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	..
Mejora en el suministro de agua, rural (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	..
Mejora en el suministro de agua, urbano (%)	99,90	99,90	99,90	99,90	99,90	99,90	99,90	..
PIB per cápita (US\$ de 2005)	19151,40	20357,21	24328,06	26510,06	26191,33	25937,24	25379,00	25150,31
Población de 65 años de edad y más (% del total)	13,66	15,38	16,86	16,75	17,10	17,29	17,51	17,76
Población en aglomerados urbanos > 1 millón (%)	21,92	22,63	23,27	22,90	23,02	23,26	23,57	23,99
Población entre 0 y 14 años de edad (%)	19,88	16,62	14,78	14,50	14,93	15,06	15,20	15,35
Población rural (%)	24,65	24,14	23,74	22,74	21,56	21,33	21,10	20,87
Población urbana (%)	75,35	75,86	76,26	77,26	78,44	78,67	78,90	79,13
Tasa de alfabetización personas mayores (%)	..	..	..	97,75	97,75	97,78	97,89	..
Tasa de mortalidad en un año (por 1.000)	8,60	8,80	9,00	8,80	8,20	8,30	8,60	8,30
Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por 1.000)	11,00	8,30	6,50	5,70	4,60	4,40	4,30	4,20
Tasa de natalidad, nacidos vivos en un año (por 1.000)	10,30	9,20	9,90	10,60	10,40	10,10	9,70	9,10

Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial.