

El sistema único de salud del Brasil, público, universal y gratuito.

Su regulación y control en el contexto de la salud suplementaria

Bruno Sobral de Carvalho*
Baldur Schubert**

Palabras clave

Sistema de Salud, Supervisión, Vigilancia, Brasil

Resumen

Se presentan las memorias producto de la conferencia "La regulación en Brasil" realizada por Bruno Sobral de Carvalho, Director de la Agencia Nacional de Salud Suplementar del Brasil y la conferencia realizada por Baldur Schubert, representante de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS) en Brasil, en el marco del V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud realizado en Cartagena de Indias 11 y 12 de octubre de 2012. Se describe el funcionamiento del Sistema Único de Salud del Brasil (SUS), la Seguridad Social en Brasil y su política de salud, así como la organización institucional del sistema de salud. En cuanto a la regulación del sistema se presentan las funciones de la Agencia Nacio-

nal de Salud Suplementar del Brasil (ANS), su agenda regulatoria como un instrumento para la sociedad que contiene elementos claves para definir la regulación, se describe la regulación financiera, la regulación de precios, la regulación del tiempo de atención, así como la metodología de control basado en las reclamaciones de los consumidores, la regulación de la calidad de las Empresas Operadoras de Planes de Salud-OPS y el Índice de Desempeño de Salud Suplementaria (IDSS).

Ver nota del editor¹.

1 El sistema de salud de Brasil está compuesto por un sector público que cubre alrededor del 75% de la población a través de servicios propios y de la contratación de servicios privados, y un creciente sector privado que ofrece atención a la salud al restante 25% de los brasileños. El sector público está constituido por el Sistema Único de Salud (SUS), financiado con impuestos generales y contribuciones sociales recaudados por los tres niveles de gobierno. El SUS presta servicios de manera descentralizada a través de sus redes de clínicas, hospitales y otro tipo de instalaciones, y a través de contratos con establecimientos privados con y sin fines de lucro. El sector privado está conformado por un sistema de esquemas de aseguramiento conocido como Salud Suplementaria financiado con recursos de las empresas y/o las familias: la medicina de grupo (empresas y familias), las cooperativas médicas, los llamados Planes Autoadministrados (empresas), y los planes de seguros de salud individuales que, en ocasiones, ofrecen regímenes de libre elección de prestadores. También existen consultorios, hospitales, clínicas y laboratorios privados que funcionan sobre la base de pagos de bolsillo y que son utilizados de manera preponderante por la población de mayores ingresos, la cual también recurre al SUS en busca de servicios de prevención (vacunación) y para atender padecimientos de alto costo y complejidad. Tomado de Becerril-Montekio V., Medina G., Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Pública México 2011; 53 supl 2:S120-S131.

Introducción

Brasil cuenta con un área de 8,5 millones/km, una población de 192 millones de habitantes, su densidad poblacional es de 22 hab./km², Brasil cuenta con una población urbana del 83%, 26 provincias, un Distrito Federal, y 5.565 municipios.

Sistema Único de Salud de Brasil (SUS)

El Sistema Único de Salud (SUS) es un sistema público, universal y gratuito, financiado por los impuestos, hoy tiene 190 millones² de personas aseguradas, el gasto anual es de 54 billones de dólares³, su marco legal se rige mediante la Ley 8080 de 1990, el sistema de salud está integrado por el Ministerio de Salud, las Secretarías de Salud estatales y locales, la provisión de los servicios se realiza mediante hospitales públicos y hospitales privados; por otro lado, el sistema cuenta con planes o seguros de salud médicos y hospitalarios privados manejados por aseguradoras, cuentan con 48 millones de afiliados⁴, ingresos anuales de 44 billones de dólares⁵, la Ley 9656 de 1998 constituye su marco legal, estos seguros son regulados por la Agencia Nacional de Salud Suplementar del Brasil (ANS).

La Seguridad Social

La seguridad social comprende de un conjunto integrado de acciones de la iniciativa del gobierno y la

* Ingeniero Civil de la Universidad de Brasilia. Magíster en Economía y en Administración de Empresas de Georgetown University. Especialista en Políticas Públicas y Gestión Pública. Director de la Agencia Nacional de Salud Suplementar del Brasil. www.ans.gov.br. Memorias del V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud realizado en Cartagena de Indias 11 y 12 de octubre de 2012.

** Médico. Representante de la Organización Iberoamericana de la Seguridad - Social (OISS) en Brasil.

sociedad, destinado a garantizar el derecho a la salud, el bienestar y la asistencia social⁶.

La salud en Brasil es un derecho de todos y deber del Estado, garantizado por las políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros riesgos, el acceso universal y equitativo mediante acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación⁷.

La Política de Salud

La Política Nacional de Salud se basa en la Constitución de 1988, que establece los principios y directrices de la atención para la salud en el país, entregado a través del Sistema Único de Salud (SUS).

El SUS tiene las orientaciones prácticas:

- Descentralización de la gestión
- Atención integral
- Participación de la comunidad.

Organización Institucional del Sistema de Salud

El sector de la salud en Brasil está formado por una compleja red de servicios relacionados con los proveedores y los financiadores, vinculado a sectores públicos y privados. Alrededor del 75% de los servicios prestados a la población corresponde al SUS, a nivel nacional y es mantenida por el gobierno. El 25% restante es proporcionado por empresas privadas con fines de lucro y las instituciones comunitarias y filantrópicas.

El SUS es formado por subsistemas en cada provincia-SUS provincia y cada municipalidad-SUS municipales.

De acuerdo con la Constitución Federal de Brasil, corresponde a la municipalidad prestar los servicios

de salud a su población, con cooperación técnica y financiera de la Unión Federal y de las provincias.

A nivel de las provincias, el SUS está a cargo de los departamentos de salud de los gobiernos provinciales, con funciones de coordinación, gestión de recursos estratégicos, y aplicación adicional cuando es necesario.

La dirección nacional del SUS es ejercida por el Ministerio de Salud, que tiene función normativa principal y es responsable por la financiación del sistema. Los consejos de salud acompañan a las acciones en sus niveles de competencia.

Los resultados obtenidos por el SUS, se muestran a continuación:

- Esperanza de vida: 73 años
- Tasa de mortalidad infantil: 20.7 muertes por cada mil
- Ingreso per cápita: USD\$ 8.400,00
- El gasto público en salud per cápita: USD\$ 250,00
- La cobertura del SUS en 2007:
- N° de visitas al médico por los residentes: 2.6
- N° de hospitalizaciones por cada 100 habitantes: 6

Cobertura de los planes privados de salud en 2007

- 21 % de población cubierta.

Agencia Nacional de Salud Suplementar de Brasil (ANS)

Es una agencia federal vinculada al Ministerio de Salud, creada por la Ley 9961 del año 2000, cuenta con independencia presupuestaria, con un plazo fijo de administración de tres años, las decisiones son adoptadas por mayoría colegiada (5 directores), los consejeros son nombrados por el presidente y el Senado.

La salud en Brasil es un derecho de todos y deber del Estado, garantizado por las políticas sociales y económicas encaminadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros riesgos, el acceso universal y equitativo mediante acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación

Datos de salud del Sector Privado-Seguros de Salud

Se presentan algunos datos de los seguros de salud privados, vigilados por la ANS: los médicos de hospitales atienden a 48,6 millones de personas, los servicios son provistos por más de mil operadoras, en el 2011 se realizaron 257 millones de consultas. Ver tabla 1.

Los Planes Colectivos son los que las empresas contratan a las aseguradoras privadas, constituyen el 79% de los planes, el 21% de los planes son contratados directamente por clientes, llamados planes individuales. Ver gráfica 1.

La cobertura del Plan de Salud privado no ha presentado una importante variación entre 1998 y 2008, pasó del 24,5% al 25,9%; según el ingreso, las personas con más de 20 salarios mínimos constituyen el 80% de la población cubierta, claramente el plan de salud privado es tomado por personas que pueden pagar. Ver gráfica 2.

Se observa un crecimiento constante, según los beneficiarios de planes de asistencia médica y los beneficiarios de planes exclusivamente odontológicos. Ver gráfica 3.

Los planes pueden ser ambulatorios, hospitalarios y ambulatorios y hospitalarios, siendo este último el más frecuente. Ver gráfica 4.

Los planes colectivos presentan una menor selección adversa que los planes individuales, que presentan personas con mayor edad. Ver gráfica 5.

Agenda Regulatoria en Brasil

La agenda regulatoria es un instrumento para la sociedad, contiene elementos claves para definir la regulación.

Compromisos de la Agencia Nacional de Salud con la Sociedad 2011/2012.

Regulación Financiera

Permiso de operación.
Seguimiento:

- Margen de solvencia
- Activos
- Provisiones
- Establecimientos de regímenes especiales.

Las operadoras deben cumplir con los requisitos económicos y financieros para permanecer activos en el mercado regulado. Las empresas deben tener una cantidad de dinero para que puedan operar, se otorga el permiso para operar únicamente a las que cumplen con este requisito. La aseguradora debe contar con las condiciones económicas necesarias para mantenerse dentro del mercado.

Regulación de Precios

- El reajuste de los Planes Colectivos no está regulado (79% del mercado)

2 Nota: Exclusive os rendimentos das pessoas de menos de 10 anos de idade e das pessoas cuja condição na família era pensionista, empregado doméstico e parente do empregado doméstico. (2) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

Tabla 1. Datos de los Seguros de Salud Privados en el Brasil-2011

Planos de Saúde	Consumidores	Número de Operadoras	Faturamento em 2011 (R\$)	Sinistralidade (%)	Número de Consultas (2011)	Número de Inter-nações (2011)
Médico Hospitalares	48,6 Mi	1.150	81,4 Bi	82,4%	257 mi	6,4 mi
Exclusivamente Odontológicos	17,8 Mi	421	2,0 Bi	48,9 %	n. a.	n. a.
Total	66,4 Mi	1.571	83,4 Bi	81,6%	n.a.	n.a

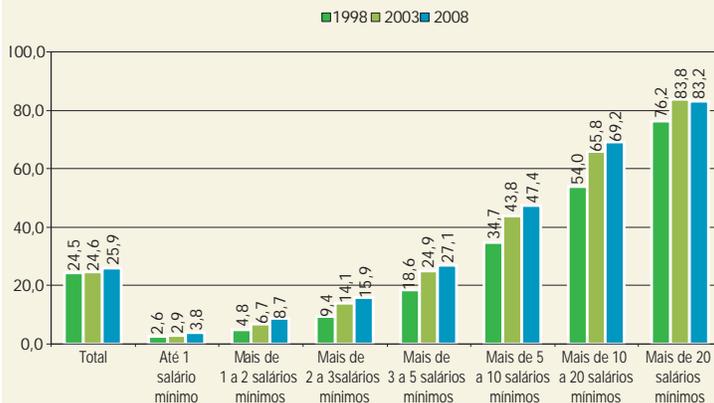
Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

Gráfica 1. Planes colectivos y planes Individuales contratados a las aseguradoras privadas en Brasil



Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

Gráfica 2. Tasa de cobertura del Plan de Salud, según clase de ingresos (Brasil 1998-2003-2008)



Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud-IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1998, 2003 e 2008. Acesso e Utilização de Serviços de Saúde².

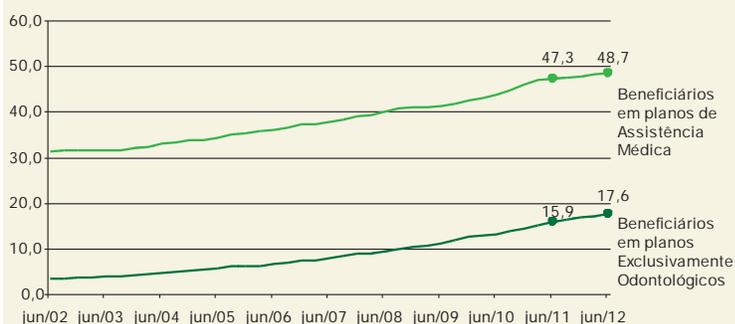
Agenda Regulatória 2011/12

Compromisso da ANS com a Sociedade



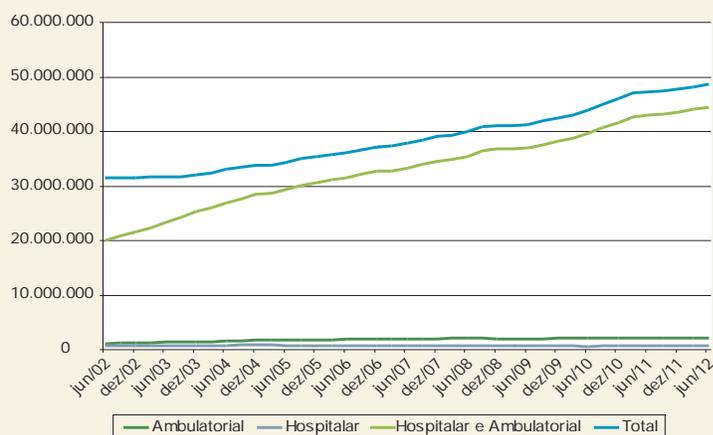
- Eixo 1** Modelo de Financiamento do Setor;
- Eixo 2** Garantia de Qualidade e Acesso Assistencial;
- Eixo 3** Modelo de Pagamento a Prestadores;
- Eixo 4** Assistência Farmacêutica;
- Eixo 5** Incentivo à Concorrência;
- Eixo 6** Garantia de Acesso a Informação;
- Eixo 7** Contratos Antigos;
- Eixo 8** Assistência ao Idoso;
- Eixo 9** Integração da Saúde Suplementar com o SUS.

Gráfica 3. Beneficiarios de los Planes de Salud, por cobertura asistencial del Plan (Brasil-2002-2012)



Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

Gráfica 4. Beneficiarios de Planes de Asistencia Médica, por tipo de contratación del Plan (Brasil-2000-2011)



Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

- Reajuste de los planes individuales regulados (21% del mercado).

Regulación de cobertura mínima

La Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS) edita los procedimientos mínimos obligatorios. No incluye todos los procedimientos existentes, sino que incluye tratamientos para todas las enfermedades que figuran en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se actualiza cada dos años, la última actualización se realizó en agosto de 2011 y entró en vigencia el primero de enero de 2012.

Actualmente, la lista de procedimientos obligatorios incluye 3.133.

Toda negación de un procedimiento debe ser documentada.

Regulación del tiempo de atención

Tiempo de espera máximo por servicio:

- Consulta básica en pediatría, clínica médica, cirugía general, ginecología y obstetricia: 7 días.
- Procedimientos de alta complejidad: 21 días.
- Servicios de diagnóstico por laboratorio: 3 días.

Metodología de control basado en las reclamaciones de los consumidores

- Análisis trimestral de la evaluación de las reclamaciones.
- Si se presenta un incremento en las denuncias y los operadores poseen reclamaciones

Índice de Desempeño de Salud Suplementaria (IDSS)

Es un índice compuesto por:

- Atención a salud (30%)
- Estructura del operador (10%)
- índices económicos-financieros (20%)
- Satisfacción del beneficiario (40%).

que están dentro del 75% de la mediana, se suspende la comercialización del producto.

En octubre de 2012, como resultado de esta política, la ANS suspende la comercialización de 301 planes o productos de 38 operadoras de salud. Ver tabla 2.

Regulación de la Calidad de las Empresas Operadoras de Planes de Salud (OPS)

Acreditación de Operadoras:

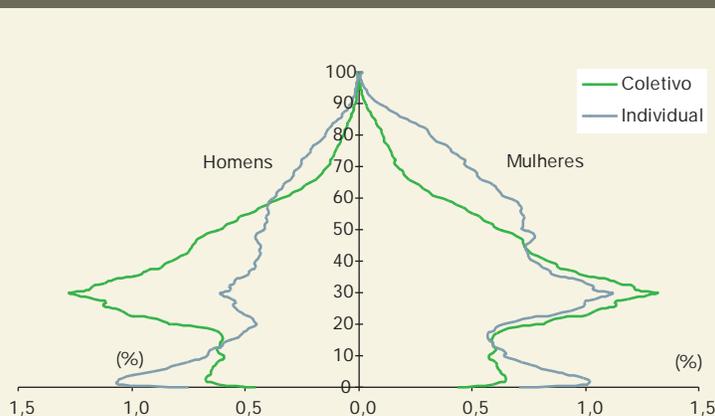
- Mezcla de criterios para acreditación: Joint Commission, Bridges to Excellence, URAQ
- El modelo Brasileiro es distinto
- Voluntario
- Entidades privadas de acreditación: ONA, CBA
- Para ser acreditada, la operadora debe obedecer a criterios descritos por La ANS/INMETRO

Índice de Desempeño de Salud Suplementaria (IDSS)

Es un índice compuesto por:

- Atención a salud (30%)
- Estructura del operador (10%)
- índices económicos-financieros (20%)

Gráfica 5. Pirámide etaria de beneficiarios de asistencia médica por tipo de contratación (Brasil marzo de 2012)



Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

Tabla 2. Total de reclamaciones versus Planes Suspendidos 2012

Periodo	Total de reclamaciones	Operadoras médico-hospitalares con reclamaciones	Operadoras odonto con reclamaciones	Operadoras con planos suspensos	Planos suspensos
19/12/2011 18/03/2012	2.981	191	14	----	----
19/03/2012 18/06/2012	4.682	162	02	37	268
19/06/2011 18/09/2012	10.644	233	08	38	301

Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

- Satisfacción del beneficiario (40%).

Rangos: 0-0.19 / 0.20-0.39 / 0.40-0.59 / 0.60-0.79 / 0.80-1.00

Se presenta una manera gráfica para representar el índice. Ver gráfica 6.

(hospitales, clínicas, médicos, etc.) para los consumidores de los planes de salud. Las operadoras deben revelar los atributos calificados, como iniciativa para centrarse en la mejora de la calidad.

- Ejemplo de atributos: la acreditación, especialistas, notificación de eventos adversos.

Calidad en los Prestadores de Servicios - Qualiss

El Programa Qualiss se implementa para hospitales, clínicas, servicios de diagnóstico y médicos. Su objetivo es aumentar la capacidad de elección de los prestadores

Indicadores Qualiss

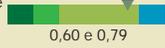
- Se divulgan indicadores seleccionados de clínicas y hospitales.

Gráfica 6. Índice de Desempeño de Salud Suplementaria (IDSS)

Índice de desempenho das operadoras médico-hospitalarias

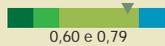
Atenção à Saúde

A ANS mensura aqui processos e práticas realizados pela operadora de saúde para favorecer o acesso necessário e facilitado aos serviços de saúde e o atendimento qualificado, integral e resolutivo dos consumidores.



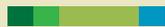
Estrutura e Operação

A ANS avalia neste índice determinados atributos e dimensões da proficiência, desempenho, estrutura e operação das operadoras de planos de saúde, com impacto sobre o nível de saúde dos beneficiários.



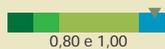
Econômico - Financeira

A ANS acompanha aqui o equilíbrio econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde: elas precisam comprovar com garantias financeiras que possuem equilíbrio suficiente para atender com qualidade e de forma contínua a seus consumidores.

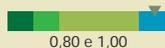


Satisfação dos Beneficiários

A ANS mede aqui a quanto as expectativas e necessidades dos beneficiários dos planos de saúde vendidos por essa empresa são atendidas e verifica os motivos de satisfação ou de insatisfação com os serviços prestados



Índice de Desempenho da Saúde Suplementar



Legenda: 0 0,2 0,4 0,6 0,8 1
Pior Melhor

Fuente: "La Regulación en Brasil". V Congreso Iberoamericano de Organos Reguladores y de Control de los Sistemas de Salud.

- Participación voluntaria para los hospitales que no pertenecen a las empresas aseguradoras y es obligatoria para los hospitales propios de las empresas.
- Indicadores de efectividad, eficiencia y equidad, centrados en el paciente, acceso y seguridad.
- Estandarización del método de cálculo.
- Análisis estadístico.
- Auditoría de los datos.

Referencia bibliográficas

- 2 Censo IBG/2010.
- 3 Ministerio de Salud del Brasil. 2011.
- 4 SIB/ANS/2012.
- 5 DIOPS/ANS/2012.
- 6 Constitución Federal/88, arts. 194-204.
- 7 Constitución Federal, art. 196.
- 8 Nota: Exclusive os rendimentos das pessoas de menos de 10 anos de idade e das pessoas cuja condição na família era pensionista, empregado doméstico e parente do empregado doméstico. (2) Inclusive as pessoas que receberam somente em benefícios.

