

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD – BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD – SAS
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE SISTEMAS - DRAC

serie técnica

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

LA POLÍTICA DE REGULACIÓN DE BRASIL

12

BRASÍLIA-DF
2006

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD – BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD – SAS
DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE SISTEMAS - DRAC

LA POLÍTICA DE REGULACIÓN DE BRASIL

ORGANIZACIÓN

Claunara Schilling y Afonso Teixeira dos Reis
*Asesoría Técnica del Departamento de Regulación,
Evaluación y Control de Sistemas - DRAC - Secretaría
de Atención de la Salud - Ministerio de Salud*

José Carlos de Moraes
*Director del Departamento de Regulación, Evaluación
y Control de Sistemas - DRAC - Secretaría de Atención
de la Salud - Ministerio de Salud*

Serie Técnica de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 12

BRASÍLIA-DF
2006

Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS
Representación en Brasil
Horácio Toro Ocampo
<http://www.opas.org.br>

Unidad Técnica de Desarrollo de Sistemas y
Servicios de Salud/OPS
Gerente de la Unidad Técnica
Júlio Manuel Suárez
www.opas.org.br/servico

Equipo técnico OPS
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre

Normalización
Fernanda Nahuz

Revisión y traducción
María Alejandra Schulmeyer Iriarte
Marianne Kock Schulmeyer

Portada, Proyecto Gráfico y DTP
Formatos Design

Tiraje
1.000 ejemplares

Ministerio de Salud de Brasil
Ministro
José Agenor Álvares da Silva
<http://www.saude.gov.br>

Secretaría de Atención de la Salud
Secretário
José Gomes Temporão

Departamento de Regulación Evaluación y
Control de Sistemas
Director
José Carlos de Moraes

Equipo técnico DRAC/MS
Afonso Teixeira dos Reis
Claunara Schilling Mendonça
Paula dos Santos Grazziotin

Coordinación General de Regulación y Evaluación
Antônio Carlos Onofre de Lira

Coordinación General de Control de Sistemas
Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo

Coordinación General de Sistemas de Información
Rosane de Mendonça Gomes

Coordinación de Programación Asistencial
Elaine Maria Giannotti

Coordinación General de Soporte Operativo de
Sistemas
Wilson Schiavo

Ficha de catálogo elaborada por el Centro de Documentación
de la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Brasil

La política de regulación de Brasil

Claunara Schilling Mendonça / Afonso Teixeira dos Reis / José Carlos de Moraes (orgs.)
Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 2006.

116 p.: il. (Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud; 12)

1. Políticas de Salud - Brasil. I. Mendonça, Claunara Schilling. Reis, Afonso Teixeira dos. Moraes, José Carlos de. II. Título. III. Organización Panamericana de la Salud. Brasil. Ministerio de Salud. IV. Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud.

NLM: WA 525

2006 © Organización Panamericana de la Salud

Todos los derechos reservados. Se permite la reproducción total o parcial de esta obra, siempre que sea citada la fuente y no sea para venta o cualquier fin comercial. Las opiniones expresadas en el documento por los autores denominados son de su entera responsabilidad.

LISTA DE SIGLAS

AIH - AUTORIZACIÓN DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA
ANS - AGENCIA NACIONAL DE SALUD SUPLEMENTARIA
ANVISA - AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA
APAC - AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ALTA COMPLEJIDAD/COSTO
APVP - AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS
ASTECS - ASESORÍA TÉCNICA
BPA - BOLETÍN DE PRODUCCIÓN DE AMBULATORIO
CGRE - COORDINACIÓN GENERAL DE REGULACIÓN Y EVALUACIÓN
CGSI - COORDINACIÓN GENERAL DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN
CGSOS - COORDINACIÓN GENERAL DE SOPORTE OPERACIONAL DE SISTEMAS
CGCSS - COORDINACIÓN GENERAL DE CONTROL DE SERVICIOS Y SISTEMAS
CIB - COMISIONES INTERGESTORES BIPARTITE
CIT - COMISIÓN INTERGESTORES TRIPARTITE
CONASEMS - CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS MUNICIPALES DE SALUD
CONASS - CONSEJO NACIONAL DE SECRETARIOS ESTADUALES DE SALUD
CNES - CATASTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
CNRAC - CENTRAL NACIONAL DE REGULACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD
CNS - CARTÓN NACIONAL DE SALUD
CPA - COORDINACIÓN DE PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL
CPAS - COORDINACIÓN DE PROGRAMACIÓN DE LA ASISTENCIA
DAB - DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN BÁSICA
DAE - DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
DAPE - DEPARTAMENTO DE ACCIONES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS
DATASUS - DEPARTAMENTO DE INFORMACIÓN E INFORMÁTICA DEL SUS
DCAA - DEPARTAMENTO DE CONTROL, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA
DECES - DEPARTAMENTO DE CONTROL Y EVALUACIÓN DE SISTEMAS
DENASUS - DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORÍA
DORT - DISTURBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS CON EL TRABAJO
DRAC - DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE SISTEMAS
FAEC - FONDO DE ACCIONES ESTRATÉGICAS Y COMPENSACIÓN
GAP PRESTADOR - GUÍA DE AUTORIZACIÓN DE PAGOS
GIH - GUÍA DE INTERNACIÓN HOSPITALARIA
IAP - INSTITUTO DE JUBILACIONES Y PENSIONES
IAPAS - INSTITUTO DE ADMINISTRACIÓN DE LA PREVIDENCIA Y ASISTENCIA SOCIAL
IDH - ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO
INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER
INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL
LER - LESIONES POR ESFUERZO REPETITIVO
MAC - MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD
NOAS - NORMA OPERACIONAL DE LA ASISTENCIA A LA SALUD
NOB - NORMA OPERACIONAL BÁSICA
OPS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PAB - PISO DE ATENCIÓN BÁSICA
PAIR - PÉRDIDA AUDITIVA INDUCIDA POR EL RUIDO
PDR - PLANO DIRECTOR DE REGIONALIZACIÓN
PNASH - PROGRAMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS
PNASS - PROGRAMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PPI - PROGRAMACIÓN PACTADA E INTEGRADA DE LA ASISTENCIA DE LA SALUD
RIPSA - RED INTER-AGENCIAS DE INFORMACIONES PARA LA SALUD
SADT - SERVICIO DE APOYO DIAGNÓSTICO TERAPIA
SAMHPS - SISTEMA DE ASISTENCIA MÉDICO-HOSPITALARIO DE LA PREVISIÓN SOCIAL
SAMU - SERVICIO DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA
SAS - SECRETARÍA DE ATENCIÓN DE LA SALUD
SCNES - SISTEMA DE CATASTRO NACIONAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
SCNS - SISTEMA DE CARTÓN NACIONAL DE SALUD
SES - SECRETARÍA ESTADUAL DE SALUD
SGTES - SECRETARÍA DE GESTIÓN DEL TRABAJO Y DE LA EDUCACIÓN EN SALUD
SIA - SISTEMA DE INFORMACIONES AMBULATORIO
SIAB - SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA
SISREG - SISTEMA DE REGULACIÓN
SIH - SISTEMA DE INFORMACIÓN HOSPITALARIA
SIHD - SISTEMA DE INFORMACIONES HOSPITALARIAS DESCENTRALIZADO
SIMAC - SISTEMA DE INFORMACIONES DE MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD
SMS - SECRETARÍA MUNICIPAL DE SALUD
SNA - SISTEMA NACIONAL DE AUDITORÍA
SNCPCH - SISTEMA NACIONAL DE CONTROL Y PAGOS DE CUENTAS HOSPITALARIAS
SUDS - SISTEMA UNIFICADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SALUD
UAC - UNIDADES DE CONTROL Y EVALUACIÓN

LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, CUADROS Y TABLAS

CUADRO 1 - “CONTROL, EVALUACIÓN, AUDITORÍA Y REGULACIÓN” DEL ESTADO, EN EL SECTOR SALUD, EN BRASIL	25
FIGURA 1 - ORGANIGRAMA ACTUAL DEL MINISTERIO DE SALUD	28
FIGURA 2 - TIPOS DE REGULACIÓN.....	40
FIGURA 3 - ESTRUCTURA DE TABLA UNIFICADA DE PROCEDIMIENTOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS	97
GRÁFICO 1 - PORCENTAJE DE MUNICIPIOS CON MÁS DE 100 MIL HABITANTES CON ESTRUCTURA DE REGULACIÓN DE ACCESO, POR REGIÓN. BRASIL, AGOSTO 2005	73
GRÁFICO 2 - NÚMERO DE ATENCIONES REALIZADAS PELA CNRAC, POR ESPECIALIDAD Y AÑO DE EJECUCIÓN. BRASIL, 2002 - 2004	74
GRÁFICO 03 - ORIGEN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LAS CENTRALES DE INTERNACIONES ELECTIVAS EN MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006.....	78
GRÁFICO 04 - ORIGEN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LAS CENTRALES DE URGENCIA EN MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	80
GRÁFICO 05 - ORIGEN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EM LAS CENTRALES DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS EN MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	81
GRÁFICO 06 - ORIGEN DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LAS CENTRALES DE EXÁMENES EN MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	83
GRÁFICO 07 - IMPACTO FÍSICO RESULTANTE DE LA UTILIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS ASISTENCIALES PRIORITARIOS Y TOTAL DE LA PRODUCCIÓN DE MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD - MAC. BRASIL, 2005	103
GRÁFICO 08 - IMPACTO FINANCIERO RESULTANTE DE LA UTILIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS ASISTENCIALES PRIORITARIOS, LÍMITE FINANCIERO DE LA PRODUCCIÓN DE MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD (ABRIL 2006) Y VALOR DE LA PRODUCCIÓN - MAC 2005. BRASIL, 2005.....	103
TABLA 1 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, CON CENTRALES DE REGULACIÓN PARA INTERNACIONES ELECTIVAS, UTILIZANDO O NO RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006	77

TABLA 2 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, CON CENTRALES DE REGULACIÓN PARA INTERNACIONES ELECTIVAS, UTILIZANDO O NO RECURSOS DE INFORMÁTICA, POR REGIÓN GEOGRÁFICA. BRASIL, 2006	77
TABLA 3 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, QUE BUSCAN CUPOS PARA INTERNACIONES DE URGENCIA, UTILIZANDO O NO RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006	78
TABLA 4 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, QUE BUSCAN VACANTES PARA INTERNACIONES DE URGENCIA, UTILIZANDO O NO RECURSOS DE INFORMÁTICA, POR REGIÓN GEOGRÁFICA. BRASIL, 2006.....	79
TABLA 5 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, CON CENTRALES DE MARCACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, UTILIZANDO O NO RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006.....	80
TABLA 6 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, CON CENTRALES PARA MARCAR CONSULTAS ESPECIALIZADAS, UTILIZANDO O NO RECURSOS DE INFORMÁTICA, POR REGIÓN GEOGRÁFICA. BRASIL, 2006.....	81
TABLA 7 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, QUE POSEEN CENTRALES PARA MARCAR EXÁMENES Y OTROS PROCEDIMIENTOS, UTILIZANDO O NO DE RECURSOS DE INFORMÁTICA. BRASIL, 2006.....	82
TABLA 8 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, CON CENTRALES PARA MARCAR EXÁMENES Y OTROS PROCEDIMIENTOS, UTILIZANDO O NO RECURSOS DE INFORMÁTICA, POR REGIÓN GEOGRÁFICA. BRASIL, 2006	82
TABLA 9 - MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, CON PLANES O PROYECTOS CONTEMPLANDO PROTOCOLOS ASISTENCIALES, POR REGIÓN GEOGRÁFICA. BRASIL, 2006....	85
TABLA 10 - UTILIZACIÓN DE PROTOCOLOS DE REGULACIÓN EN MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES, POR REGIÓN GEOGRÁFICA. BRASIL, 2006	86
TABLA 11 - ESPECIALIDADES CON PRIORIDAD PARA ESTABLECER PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN MUNICIPIOS CON MÁS DE 250 MIL HABITANTES. BRASIL, 2006	87
TABLA 12 - PORCENTAJE DE RESPUESTAS DEL PNASS, SEGÚN TIPO DE EVALUACIÓN. BRASIL, 2006	94
TABLA 13 - IMPACTO FÍSICO Y FINANCIERO RESULTANTE DE LA UTILIZACIÓN DE LOS PARÁMETROS POR ÁREA ESTRATÉGICA. BRASIL, 2005	104

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	5
LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS, CUADROS Y TABLAS	7
PREFACIO OPS	11
PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD	13
PRESENTACIÓN	15
1. HISTORIA DE LA REGULACIÓN, CONTROL, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA EN EL SECTOR SALUD	17
1.1 PERIODO DE 1978 A 2002	17
1.2 EL DEPARTAMENTO DE REGULACIÓN, EVALUACIÓN Y CONTROL DE SISTEMAS - DRAC - 2003 A 2006.....	28
2. REGULACIÓN, CONTROL, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA	33
2.1 CONCEPTOS GENERALES.....	33
2.2 REGULACIÓN COMO ACCIÓN SOCIAL	34
2.3 REGULACIÓN EN EL SECTOR SALUD	36
2.4 REGULACIÓN ESTATAL SOBRE EL SECTOR SALUD - REFORMULANDO CONCEPTOS PARA REFORMULAR PRÁCTICAS Y FINALIDADES	37
3. POLÍTICA NACIONAL DE REGULACIÓN.....	51
3.1 LA REGULACIÓN DEL ESTADO EN EL SECTOR SALUD EN BRASIL - BREVE ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE REGULACIÓN DEL SUS	51
3.2 DIRECTRICES PARA DESARROLLAR E IMPLEMENTAR LA REGULACIÓN EN EL SUS...	55
4. RESULTADOS ALCANZADOS - 2003 A 2006	69
4.1 REGULACIÓN EN EL PACTO DE GESTIÓN.....	69
4.2 PUBLICACIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE REGULACIÓN	71
4.3 CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL SUS	72
4.4 SITUACIÓN DE LOS COMPLEJOS REGULADORES EN BRASIL	72
4.5 PROTOCOLOS ASISTENCIALES	83
4.6 FINANCIAMIENTO DE LOS COMPLEJOS REGULADORES.....	88
4.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LAS CENTRALES DE REGULACIÓN	88
4.8 CENTRAL NACIONAL DE REGULACIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD (CNRAC).....	91
4.9 PROGRAMA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (PNASS)	91
4.10 INSTRUMENTOS PARA OPERAR LA POLÍTICA DE REGULACIÓN.....	95
4.11 PROPUESTA PARA REFORMULAR LA LÓGICA DE PROGRAMACIÓN	98
4.12 CURSO BÁSICO DE REGULACIÓN, CONTROL, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA	104
5. REFERENCIAS	111

PREFACIO OPS

Con la implementación del Sistema Único de Salud brasileño y la descentralización de los servicios, se observan avances en la ampliación y en la cualificación de las acciones de salud, en sus diferentes niveles de complejidad. Estos avances se lograron gracias a un conjunto de estrategias y normas que le permitió a la gestión del sistema de salud, desarrollar un nuevo papel, relacionado con la organización y la prestación de servicios.

Este nuevo papel pretende estimular la creación de una cultura evaluativa y enfocar la calidad en el ámbito de los sistemas y de los servicios. Así, se busca garantizar la calidad de la información y uniformidad de los conceptos que contribuyan con las actividades de planificación, acompañamiento, regulación, control y evaluación del servicio de salud otorgado, por medio de la socialización de prácticas que promuevan el equilibrio entre las diferentes dimensiones de la gestión de la salud.

De esa forma, la presente publicación tiene el objetivo de registrar el proceso de reformulación de la política de regulación, control y evaluación propuesta por el gobierno brasileño, el que incorpora una concepción ampliada de la regulación estatal en el sector salud, incorporando la conducción política, el análisis de la situación, la planificación y la comunicación, que atraviesa de esta forma el concepto de gestión.

Más que ello, se espera que este documento pueda estimular el debate en los demás países sobre el tema, en el entendido de que, solamente por medio del conocimiento es posible alcanzar la eficiencia de la gestión en salud y la mejoría de la calidad de vida de la población.

Horácio Toro Ocampo
Representante de la OPS/OMS en Brasil

PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud ha venido consolidando un importante eje para la gestión del Sistema Único de Salud con la propuesta de la Política Nacional de Regulación, cuyas directrices se presentan en esta publicación.

Esta política se insiere en la directriz **Pacto de Gestión** como uno de los componentes del Pacto por la Salud que surge para garantizar la ejecución del gestor con la garantía de una oferta regulada dentro de un flujo que permita el camino más oportuno, para responder a la necesidad de los ciudadanos.

La asociación entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud - OPS promueve la elaboración de publicaciones como esta, llenando un espacio al sistematizar conceptos y prácticas fundamentales para avanzar en esta área.

José Agenor Álvares da Silva
Ministro de Estado de Salud

PRESENTACIÓN

Diseñar una nueva política de regulación supone determinada comprensión sobre la Regulación en el Sector Salud, así como el análisis de la política de regulación en vigor. Esta publicación aborda la reformulación de las políticas como indicador de avance de la acción gestora del SUS, por medio del rescate histórico de los conceptos y experiencias estructurados en el SUS en las áreas de regulación, control y evaluación.

Inicialmente, se presenta el historial de la regulación, control, evaluación y auditoría en el sector salud y registra el avance realizado en estas áreas, en el Ministerio de Salud, así como, al garantizar la inserción, por primera vez, de la Regulación en su actual diseño organizativo, coloca este tema en una dimensión en línea con la formulación de políticas de salud universalista, que establece los derechos sociales y la ciudadanía.

En seguida presenta los conceptos de regulación, así como sus prácticas, las que no han sido uniformes, como por ejemplo el Control, Evaluación y Auditoría. Discrimina los campos de actuación de la regulación articulada e integrada a las acciones de control, evaluación y auditoría, presentándola como Regulación sobre el Sistemas de Salud, Regulación de la Atención de la Salud y Regulación del Acceso a la Asistencia.

La Política Nacional de Regulación surge como una respuesta al avance organizativo y conceptual de esas áreas y se estructura en ejes fundamentales: que los contratos se constituyan en pactos entre gestores y prestadores; reformular las actividades de control asistencial y de la evaluación de la atención de la salud; implementar la regulación del acceso por medio de los complejos reguladores y, finalmente, capacitar a los cuadros estratégicos gerenciales del SUS.

Por último, se presentan de forma sistematizada los resultados derivados de las acciones dirigidas por el Ministerio de Salud en el periodo reciente, tales como la regulación en el Pacto de Gestión, la reglamentación de la Política de Regulación y de la Contratación de Servicios de Salud, el Curso Básico de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría del SUS, además de los logros en relación a la preparación de los instrumentos para operar las diferentes acciones propuestas.

José Gomes Temporão

Secretario de Atención de la Salud

José Carlos de Moraes

Director del Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas

1. HISTORIA DE LA REGULACIÓN, CONTROL, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA EN EL SECTOR SALUD

■ 1.1 Periodo de 1978 a 2002

En este tópico se pretende realizar una aproximación histórica de las concepciones, prácticas y finalidades de la regulación estatal¹ sobre el sector salud. La idea es iniciar una reflexión que tiene por base las nociones de “regulación”, “control”, “evaluación” y “auditoría” expresadas en leyes, normas operacionales, decretos ministeriales y otras instrucciones, así como las prácticas de éstas por el Ministerio de Salud, secretarías estatales y municipales de salud, dentro de la historia reciente del SUS.

El concepto, las prácticas y finalidades de la regulación en salud no se encuentran totalmente desarrollados y en el sector estatal de salud ha sido más fácil abordar los temas del control, evaluación y auditoría. Sólo de forma reciente, el Ministerio de Salud ha diseminado un concepto específico de regulación. Los conceptos y las prácticas en estos temas no han sido uniformes y han variado a lo largo de los años.

Las acciones de control y evaluación de la asistencia a la salud se iniciaron de forma más estructurada a partir de la constitución del Instituto Nacional de Asistencia Médica (INAMPS) en 1978, a través de la Secretaría de Control y Evaluación junto con las respectivas Coordinaciones a nivel estatal, el INAMPS actuaba junto con los prestadores privados contratados por el sistema previsional, para controlar principalmente la producción y los gastos de asistencia médica a los asegurados.

Algunos formularios para capturar datos y para autorizar gastos y sus respectivos sistemas de información se transformaron en importantes herramientas para las acciones de control asistencial y contable-financiero. Desde 1976 hasta 1983 estaba en vigor el Guía de Internación Hospitalaria (GIH), que pagaba por actos e insumos y que constituía

¹ **Nota del traductor:** En Brasil se usa pocas veces el término “estatal” para referirse al sector público, pero en este documento tiene esa connotación. Por otro lado, dada la estructura administrativa descentralizada de Brasil, hay que tener especial cuidado para no confundirlo con la expresión “estadual” mantenida del original, puesto que representa acciones a nivel de los estados. Brasil tiene 27 Unidades de la Federación incluyendo el Distrito Federal. Es por ello, que en varias partes del documento se usa “estados y Distrito Federal” como sinónimo de las 27 Unidades de la Federación.

el Sistema Nacional de Control y Pagos de Cuentas Hospitalarias (SNCPCH). A partir de agosto de 1981 se creó la Autorización de Internación Hospitalaria - AIH que pagaba por procedimientos (conjunto de actos e insumos) con valores predefinidos. La AIH comenzó a ser implantada inicialmente sólo en el Estado de Paraná, expandiéndose a las demás Unidades de la Federación, en enero de 1984. Alimentó el Sistema de Asistencia Médico-Hospitalario de la Previsión Social (SAMHPS) hasta 1991, en que fue sustituida por el Sistema de Informaciones Hospitalario (SIH), vigente hasta hoy. Para el control de los gastos de atención ambulatoria se utilizaban guías de pago globales de los servicios prestados, como la Autorización de Pago y de 1984 a 1998 se usó la Guía de Autorización de Pagos - GAP Prestador.

Las principales acciones de control asistencial ejecutadas por el INAMPS se basaban en la revisión de las fichas médicas de los hospitales, después de la implantación de las AIHs y en la revisión de los boletines de producción en los ambulatorios de clínicas y laboratorios, fueran contratados o en convenio. El control de la ejecución presupuestaria continuaba en los moldes vigentes a la época, para todos los órganos públicos federales.

En el proceso de descentralización desencadenado por el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS) en 1988, que transfirió unidades, trabajadores y patrimonio del INAMPS para que fueran administrados por los estados, las acciones de control y evaluación de la asistencia no llegaron a ser estatizadas, siendo desarrolladas por las oficinas de representación del INAMPS en cada Unidad de la Federación o como un sector completamente separado de la estructura de las Secretarías Estadales (SANTOS, 1998).

En el proceso de definición del marco legal del SUS, los temas del control, evaluación, auditoría y regulación aparecen como esenciales.

Según la Constitución de 1988: *“Son de relevancia pública las acciones y servicios de salud, correspondiéndole al poder público disponer en los términos de la ley sobre su reglamentación, fiscalización y control, debiendo su ejecución ser realizada directamente o a través de terceros y también por persona física o jurídica de derecho privado.”* Art. 197 (BRASIL, 1988).

La Ley N° 8.080, en el artículo 15.I define como atribución común de la Unión, estados, Distrito Federal y municipios la *“definición de las instancias y mecanismos de control, evaluación y fiscalización de las acciones y servicios de salud”* y en otros artículos se especifican las competencias de cada nivel de gestión (Art.16, XVII; Art. 17, II y XI; Art. 18, I, XI, XII). En el artículo 16, XIX, determina como competencia del gestor federal *“establecer el Sistema Nacional de Auditoría y coordinar la evaluación técnica y finan-*

ciera del SUS en todo el territorio nacional, en cooperación técnica con los estados, municipios y Distrito Federal.” (BRASIL, 1990 a).

Es importante resaltar que la Ley N° 8.080, en su artículo 16, no trata sólo la fiscalización, control y evaluación de la asistencia a la salud (inciso XVII), sino que también de actividades sobre el medio ambiente; sobre las condiciones y ambiente de trabajo; sobre los procedimientos, productos y sustancias de interés para la salud; y sobre los patrones éticos para la investigación y asistencia. En el artículo 15, III, como competencia común a todos los niveles define el *“acompañamiento, evaluación y divulgación del nivel de salud de la población y de las condiciones ambientales*; además de determinar en otros artículos la elaboración de normas técnicas y el establecimiento de patrones de calidad para la asistencia, promoción de la salud del trabajador, calidad sanitaria, etc. (BRASIL, 1990 a). Como competencia común para todos los niveles de gestión, en el inciso XI del artículo 15 también se define la *“elaboración de normas para regular las actividades de los servicios privados de salud, teniendo en cuenta su relevancia pública”*. Como competencia de la dirección nacional del SUS, en el Art. 16, XIV, se indica *“elaborar normas para regular las relaciones entre el Sistema Único de Salud - SUS y los servicios privados contratados para asistir la salud”* (BRASIL, 1990 a).

Por otro lado, la Ley N° 8.142 se refiere a la competencia de los Consejos de Salud para ejercer el *“control de la ejecución de la política de salud en la instancia correspondiente, inclusive en los aspectos económicos y financieros”* (BRASIL, 1990 b).

A pesar de que la Ley N° 8.080 contiene los temas y establece las competencias sobre la regulación, control, evaluación y auditoría, lo hace de forma general, remitiéndose siempre a *“fiscalizar”, “controlar”, “evaluar”, “acompañar”, “elaborar normas”, “regular”,* sin definir lo que significa cada una de estas acciones y sin especificar sus procedimientos y cómo será su forma de operar. Ello fue abordado en las normas y decretos ministeriales subsiguientes, principalmente sobre las prácticas en el gobierno federal, estadual y municipal y las respectivas gestiones del SUS.

En 1991, la Norma Operacional Básica - NOB/91 estableció el traspaso de recursos del presupuesto del INAMPS para los estados y municipios para costear la atención hospitalaria y de los ambulatorios, vía convenios y pago por producción, además de determinar criterios para acompañar, controlar y evaluar las acciones cubiertas por ese sistema de financiamiento. Ratificó el papel controlador de los consejos de salud, según la Ley N° 8.142 y le atribuyó al INAMPS el control y fiscalización de la ejecución presupuestaria y financiera por medio de la Dirección de Administración Financiera y de las auditorías regionales de las Coordinaciones de Cooperación Técnica y Control. Con relación a la evaluación técnica y financiera, ellas quedaron bajo la coordinación del Ministerio de

Salud y del INAMPS que actuarían de forma coordinada con los estados y municipios (BRASIL, 1991).

La NOB 92 discriminó competencias en las cuales los municipios serían los responsables del control y evaluación de los servicios asistenciales; a los estados les correspondería controlar los servicios periódicamente además de ejercer el “control municipal”. En general recomendaba que durante la evaluación se verificara la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios, así como si las metas habían sido cumplidas y los resultados habían sido alcanzados. La Unión analizaría y corregiría el control y desarrollo de la evaluación asistencial en el sistema de salud nacional, de forma pedagógica y por medio de la cooperación técnica con los estados y municipios. Esta norma mantuvo el control y fiscalizó la ejecución presupuestaria por el INAMPS establecida en la NOB 91 (BRASIL, 1992).

Como se menciona en la NOB 91, en la NOB 92 se definen el Sistema de Informaciones Ambulatorio (SIA) y el nuevo sistema para las AIHs - Sistema de Información Hospitalaria (SIH) - los que sustituyeron al SAMHPS. El SIA comienza a ser implantado en algunos estados.

En la gestión del INAMPS se mantiene la misma práctica de control y evaluación de las acciones y servicios con carácter contable financiero; la hospitalaria por medio de la AIH/SIH; y la ambulatoria por la GAP-Prestador y por el recién iniciado SIA.

Como se puede constatar en las normas y la historia, de 1991 a 1993, las acciones de control y evaluación efectivas sobre la asistencia y la ejecución presupuestaria estaban centralizadas en el INAMPS, con participación tangencial de los estados y municipios que se limitaban a transferir datos cuantitativos de la producción hospitalaria y ambulatoria.

La NOB 93, a pesar de mantener el esquema de remuneración por producción de los servicios presentados, instituyó el mecanismo de transferencia fondo a fondo para los municipios habilitados en la Gestión Semiplena, reglamentada sólo en 1994. Para que los estados y municipios pudieran habilitarse atendiendo las condiciones de gestión parcial y semiplena, tenían que comprobar, entre otros requisitos, la constitución de Servicios de Control, Evaluación y Auditoría, con médicos habilitados para autorizar internaciones hospitalarias (AIH) y para realizar procedimientos en ambulatorios de alto costo, capacidad técnica para operar el SIA, el SIH y la central de control de camas (BRASIL, 1993 a).

En julio de 1993, se extingue el INAMPS y se crea el Sistema Nacional de Auditoría - SNA. En 1995, se reglamenta el SNA abarcando toda la estructura y funcionamiento en las tres esferas de gestión del SUS. Sus principales atribuciones eran el control de la ejecución según patrones establecidos; la evaluación de estructura, procesos y resultados; y la auditoría de la regularidad de los servicios, por medio del examen analítico y pericial. Para tal, el SNA debería ejercer el control de la aplicación de los recursos transferidos, el control de los sistemas y del funcionamiento de los órganos de Control, Evaluación y Auditoría (Unión sobre los estados y municipios; estados sobre los municipios); además del control de las acciones y servicios de salud bajo gestión o de alcance de cada esfera. En los estados y municipios, al SNA le correspondería también el control de los consorcios intermunicipales (BRASIL, 1995). A nivel federal, el órgano responsable fue el Departamento de Control, Evaluación y Auditoría del Ministerio de Salud; en los estados y municipios fueron creadas estructuras correlatas.

La NOB 96, a pesar de haber sido publicada en 1996, fue efectivamente implementada a inicios de 1998. Les incumbió a los estados las condiciones de gestión avanzada y plena del sistema, y a los municipios la Gestión Plena de la Atención Básica y Gestión Plena del Sistema. Después de entrar en vigor los decretos ministeriales del Ministerio de Salud que modificaron el texto original de la NOB 96, las formas de financiamiento fueron: el Piso de la Atención Básica, dividido en una parte fija (R\$ 10,00 a R\$ 18,00 *per capita*) y una parte variable (incentivos al Programa de Agentes Comunitarios de Salud, Programa de Salud de la Familia, Programa de Carencias Nutricionales, Asistencia Farmacéutica Básica y Acciones Básicas de Vigilancia Sanitaria); Techo Financiero de Epidemiología y Control de Enfermedades, todos transferidos fondo a fondo, siempre atendiendo las exigencias para habilitarse. El costeo de la asistencia ambulatoria y hospitalaria de media y alta complejidad fue puesto en práctica gracias a la transferencia fondo a fondo a los estados y municipios en Gestión Plena del Sistema y para los no habilitados en esta modalidad, se mantuvo la remuneración por servicios producidos del gestor federal a los prestadores. A partir de 1999, fue creado el Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación (FAEC) bajo responsabilidad federal para costear acciones y programas específicos del Ministerio de Salud, además de algunas acciones de alta complejidad. Los recursos del FAEC pasaron a ser transferidos fondo a fondo o por medio del pago directo a los prestadores.

La NOB 96 exigió que estados y municipios comprobaran su capacidad para contratar, controlar, evaluar, auditar y pagar los servicios, conforme la especificidad de cada tipo de gestión para la que se habilitaron y tenían en común: catastro actualizado de los prestadores y de los usuarios; alimentación de los bancos de datos nacionales y operación

del SIA y SIH; realización de las acciones de auditoría analítica y operacional; control previo a la realización de los servicios con autorizaciones de acuerdo a las necesidades de los usuarios; evaluación del impacto y de los resultados de los servicios sobre las condiciones de salud de la población, así como el contar con estructura y recursos humanos para realizar estas acciones e integrarlas a la programación. Para las gestiones plenas del sistema municipal y estadual se exigía también estructurar el respectivo componente del SNA, administrar la oferta de procedimientos ambulatoriales y hospitalarios de alta complejidad/alto costo (fue creada la Autorización de Procedimientos de Alta Complejidad - APAC), operar centrales de control de procedimientos ambulatoriales y hospitalarios y efectuar la referencia intermunicipal (BRASIL, 1996).

El periodo de 1993 a 2000 se caracteriza, de forma general, por el inicio y el desarrollo en los estados y municipios de las acciones de control, evaluación y auditoría, orientadas por medio de las directrices y por la constitución del Sistema Nacional de Auditoría, que preconizaba la articulación de las acciones de control (sobre la ejecución presupuestaria, sistemas y servicios asistenciales), con las acciones de evaluación (de estructura, proceso y resultados) y de análisis pericial. Tales directrices, reforzadas en la NOB 96, fueron implementadas en parte por algunos municipios en régimen de gestión semiplena y después plena del sistema. Sin embargo, la práctica de la mayoría de los estados y municipios se restringió a un control contable financiero basado en el SIA y SIH, limitándose al control del gasto del “tope” financiero transferido o puesto a disposición por el Ministerio de Salud.

En 1998 fue definido el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria y se creó la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria - ANVISA - por medio de un Decreto con Fuerza de Ley (*Medida Provisória*²) N° 1.791, transformada en ley en 1999. El Sistema consistiría en un conjunto de “instituciones de la Administración Pública directa e indirecta de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, que ejerzan actividades de regulación, normalización, control y fiscalización en el área de la vigilancia sanitaria”. La ANVISA “tendrá por finalidad institucional promover la protección de la salud de la población, por intermedio del control sanitario de la producción y de la comercialización de productos y servicios sometidos a vigilancia sanitaria, incluso de los ambientes, de los procesos, de los insumos y de las tecnologías a ellos relacionados, bien como el control de puertos, aeropuertos y de fronteras” (BRASIL, 1999).

2 Nota del traductor: la Medida Provisória es un mecanismo legal introducido en la Constitución de 1988 creada para darle al gobierno un medio ágil para actuar en asuntos relevantes y urgentes. Una vez editadas tienen fuerza de ley inmediata y pueden ser reeditadas infinitamente hasta ser aprobadas o rechazadas por el Congreso Nacional.

En 2000 fue creada la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), autarquía vinculada al Ministerio de Salud, con “*actuación en todo el territorio nacional, como órgano de regulación, normalización, control y fiscalización de las actividades que garantizan la asistencia suplementaria a la salud*” (BRASIL, 2000).

A partir de 2000, el Ministerio de Salud por medio de algunos decretos ratificó la separación entre Auditoría y las acciones de Control y Evaluación. Al SNA le competiría el control de los recursos transferidos a los estados, municipios y Distrito Federal y el examen analítico, la verificación *in situ* y pericial de la regularidad de los procedimientos ejecutados. A Control y Evaluación le correspondería el monitoreo continuo de las acciones y servicios desarrollados en el ámbito del SUS. En la estructura del Ministerio, el Departamento Nacional de Auditoría - componente federal del SNA - comenzó a vincularse directamente al Ministro de Salud y al recién creado Departamento de Control y Evaluación de Sistemas de la Secretaría de Asistencia a la Salud responsable de las acciones de control y evaluación de la asistencia.

Las Normas Operacionales de Asistencia a la Salud - NOAS N° 01/2001 y N° 01/2002 surgieron para organizar la regionalización de la asistencia, con el propósito de enfrentar lo que fue denominado como “*atomización del SUS*” en sistemas municipales aislados, entregándole a los estados la competencia y organización del flujo de la asistencia intermunicipal, por medio del Plano Director de Regionalización - PDR. La NOAS N° 01/2002 (versión revisada de la NOAS N° 01/2002) mantuvo las mismas condiciones de gestión de la NOB 96, excepto en lo vinculado a los municipios, en donde la Gestión Plena de la Atención Básica fue sustituida por la Gestión Plena de la Atención Básica Ampliada, cuyo financiamiento pasó a ser por el PAB (Piso de Atención Básica) Ampliado.

Con relación a las acciones de control, evaluación y auditoría, la NOAS 2002 refuerza todas las exigencias, las actividades comunes y específicas de cada tipo de gestión de los estados y municipios de la NOB 96. Sin embargo, las recomendaciones de la NOB 96 para las gestiones plenas de los sistemas municipales y estatales para operar centrales de control de los procedimientos ambulatorios y hospitalarios, así como la puesta en marcha de la referencia intermunicipal se profundizan en la NOAS, marcando diferencias con la norma anterior. La regionalización, como estrategia para formar una red intermunicipal jerarquizada de referencia especializada, exigió la organización de los flujos de referencia y contrarreferencia, así como la implantación de instrumentos y estrategias para intermediar el acceso de los usuarios a los servicios, colocando en pauta el concepto “*regulación asistencial*”, en sustitución de las propuestas sueltas/dispersas

para implantar las centrales de control de camas hospitalarias, consultas y exámenes, oriundas de la NOB 93.

La NOAS define la regulación asistencial como “*disponer alternativas asistenciales más adecuadas a la necesidad del ciudadano, de forma ecuánime, ordenada, oportuna y calificada*”, que “*deberá realizarse por medio de complejos reguladores que congreguen unidades de trabajo responsables por la regulación de las urgencias, consultas, camas y otros que sean necesarios*” (BRASIL, 2002). Tales aseveraciones delimitan claramente la regulación del acceso de los usuarios a los servicios asistenciales.

Con todo, esa regulación debe estar articulada al proceso de evaluación de las necesidades de salud, planificación, regionalización, programación y asignación de recursos (detalladamente especificados en la programación de la asistencia a través de la Programación Pactada e Integrada - PPI), además de la interfase con las acciones de control y evaluación. Para la NOAS, el fortalecimiento de las funciones de control y evaluación de los gestores del SUS debe ocurrir en: la evaluación de la organización y funcionamiento de los sistemas; la relación con los prestadores de servicios (conocimiento de la estructura, profesionales y servicios de éstos, contratación según objetivos definidos y respuesta a las necesidades asistenciales, autorización previa de procedimientos, etc.) y la evaluación de la calidad de los servicios producidos, de la satisfacción del usuario, de los resultados e impactos sobre la salud de la población (BRASIL, 2002). De ahí deriva la exigencia a los estados y municipios de elaborar los Planes de Control, Regulación y Evaluación.

El Decreto Ministerial SAS N° 423/2002 ratificó las directrices de la política de “Control, Regulación y Evaluación” delineada en la NOAS y trató de discriminar las competencias de cada esfera de gestión del SUS. El Decreto Ministerial SAS N° 729/2002 indicó algunos indicadores que tendrían como función, tanto orientar la elaboración, como evaluar la implementación de los Planes de Control, Regulación y Evaluación de estados y municipios.

De los conceptos, prácticas y finalidades del “control, evaluación, auditoría y regulación” oriundos de la NOAS y de decretos ministeriales se puede decir que provocó una tensión entre la regulación del acceso, a veces con sesgo restrictivo y con la finalidad de adecuar la demanda a la oferta disponible y una regulación ampliada, que preconiza la integración de las acciones de control y evaluación, planificación y programación con foco en la regulación de la asistencia de media y alta complejidad. También es notable que se haya mantenido la separación entre “control, regulación y evaluación” de la “auditoría”.

El cuadro a continuación intenta mostrar una síntesis de la evolución de los conceptos, prácticas y finalidades del “control, evaluación, auditoría y regulación”, en la historia reciente del SUS.

Cuadro 1 - “Control, Evaluación, Auditoría y Regulación” del Estado, en el sector salud, en Brasil

Período	Hechos relevantes	Concepto, prácticas, finalidades	Ejecutores
1978 a 1987	<ul style="list-style-type: none"> - Reforma de la Previsión y constitución del SINPAS/INAMPS-1978 - VIII Conferencia Nacional de Salud-1986 	<ul style="list-style-type: none"> - Foco contable-financiero, control y evaluación realizada <i>a posteriori</i> sobre las internaciones hospitalarias y facturas ambulatoriales. - Se crearon las herramientas de control hospitalario GIH/SNCPCH (1976-1983) y a partir de 1984 la AIH/SAMPHS; para el control de ambulatorio se crea la AP, sustituida en 1984 por la GAP/Prestador 	INAMPS Ausencia de estados y municipios
1988 a 1990	<ul style="list-style-type: none"> - Implantación del SUDS-1988 - Constitución legal e inicio de la implantación del SUS - Leyes Orgánicas de la Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - No se traspasa a los estados el control y la evaluación con el SUDS. - Ley N° 8.080/90 pauta las acciones y competencias de las esferas de gestión acerca del control, evaluación, auditoría y regulación de los servicios, pero de forma general. - Ley N° 8142/90, crea los Consejos de Salud como controladores y evaluadores de las políticas, acciones y servicios de salud. - Se mantiene la misma práctica de control y evaluación AIH y GAP bajo la coordinación del INAMPS. 	INAMPS Ausencia de los estados y municipios
1991 a 1993	<ul style="list-style-type: none"> - NOB 91, NOB 92 transferencia de recursos del INAMPS a estados y municipios, vía convenio y pago por producción. 	<ul style="list-style-type: none"> - NOB 91: control, fiscalización y evaluación de la ejecución presupuestaria de los recursos repasados por el INAMPS, centrada en el desempeño técnico, económico y financiero. - NOB 92: control y evaluación de los servicios asistenciales por los municipios; a los estados les cabría controlar los servicios periódicamente y controlar el “control municipal”. La Unión analizaría y corregiría el sistema de control y evaluación asistencial. Mantuvo el control y la fiscalización de la ejecución presupuestaria por el INAMPS. - Se mantiene la misma práctica de control y evaluación contable financiera AIH y GAP bajo la gestión del INAMPS, correspondiéndole a los estados y municipios entregar los datos. - Inicio de la implantación del SIA. 	INAMPS a través de sus Auditorías Regionales Actuación tangencial de los estados y municipios

<p>1993 a 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Extinción del INAMPS y creación del SNA. - NOB 93 instituye las gestiones incipiente, parcial, semiplena, la transferencia fondo a fondo, las CIBs y la CIT. - NOB-96, instituye las gestiones plenas, PAB, PACS, PSF, PBVS, TFECD y la PPI. - 1988/1999 se crea el SNVS y ANVISA 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Surge el SNA</u> al que le compete el control, evaluación y auditoría de la ejecución presupuestaria, de los sistemas, de las acciones y servicios de salud en cada esfera de gestión. - NOB 96: indica los requisitos comunes para la habilitación de gestión - capacidad de contratación, control, evaluación, auditoría y pagos de los servicios. Requisitos para la gestión Plena del Sistema: implantación del SNA, control de consultas especializadas, SADTs, camas y referencias inter-municipales. - Inicio de la actuación de los estados y municipios con la visión contable financiera del INAMPS, basadas en el control de las AIHs y SIA, un control limitado al gasto de los “topes”. - Algunas experiencias innovadoras de Gestiones Semiplenas/Plenas en control, evaluación y auditoría conforme el SNA y la NOB 96. 	<p>Ministerio de Salud Inicio y desarrollo de la actuación de los estados y municipios</p>
<p>2000 a 2002</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creación de la ANS - NOAS 2001/ 2002, regionalización de la asistencia, PDR, PDI, GPABA. - Decretos ministeriales N° 423 y N° 729 de 2002 sobre Control, Regulación y Evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Constitución de la ANS e inicio de las actividades de regulación de la salud suplementaria. - La auditoría se desvincula del Control y Evaluación. - Formulación de la política de Control, Regulación y Evaluación - regulación de la asistencia de media y alta complejidad. - Concepto de regulación, tensión entre foco y control del acceso y regulación ampliada de la asistencia. - Discriminación de competencias entre las esferas de gobierno en el Control, Regulación y Evaluación. - Se solicita el Plan de Control, Regulación y Evaluación a estados y municipios. 	<p>Ministerio de Salud ANS ANVISA Estados Municipios</p>

Con base en el recuento histórico realizado se puede ver que los conceptos, prácticas y finalidades del “control, evaluación, auditoría y regulación” ocurrieron en:

- la ejecución de las acciones directas de salud - consultas, exámenes, terapias, intervenciones; principalmente en la atención de media y alta complejidad, con foco en la contabilidad financiera del pago de la producción y/o en los procesos de ejecución de las acciones; por lo tanto, también sobre los prestadores de servicios, envolviendo el catastro, habilitación, autorización, control del acceso, supervisión, etc;

- la ejecución presupuestaria y la aplicación de los recursos destinados a la salud, con foco en los recursos propios de cada esfera de gestión y en los recursos financieros transferidos por la Unión a los estados, municipios e instituciones, en el ámbito del SUS;
- la producción y comercialización de servicios, productos y sustancias de interés para la salud, incluyendo ambientes, procesos, insumos y las tecnologías relacionados a ellos;
- el desempeño de los sistemas de salud en cada esfera de gestión del SUS;
- también, sobre el Sistema de Salud Suplementario.

De forma general, la acción sobre tales “objetos” no siempre ocurrió de forma articulada entre los distintos actores responsables. Hubo una tendencia a mantener la separación o una cierta especialización sobre cada objeto. El “Control y Evaluación” tuvo como objeto principal el control de la ejecución de las acciones directas de salud; la Auditoría focó la ejecución presupuestaria, la aplicación de los recursos destinados a salud, además de verificar la regularidad de los servicios mediante el examen analítico y pericial; la Vigilancia Sanitaria fiscalizó la producción y la comercialización de servicios, productos y sustancias de interés para la salud; a la ANS le cabía regular el Sistema de Salud Suplementar. Al mismo tiempo, hubo cierta confusión y cierta sobre-posición de competencias. Por ejemplo, casi todos tuvieron como objeto de actuación los sistemas; la auditoría se proponía también analizar la ejecución de las acciones directas de salud; la vigilancia sanitaria también registró y controló establecimientos, objeto de “Control y Evaluación”; éste último también tenía como meta la ejecución presupuestaria; entre otras sobre-posiciones.

El proyecto original del SNA parece que fue el que mejor estructuró el control, evaluación y la auditoría, pero no contemplaba la regulación del acceso y la articulación con la vigilancia sanitaria. El proyecto dentro de la NOAS pretende integrar la planificación/programación con el control, regulación del acceso y la evaluación, en la asistencia de media y alta complejidad, pero no se refiere a la atención básica, está desarticulado de la auditoría y no trata de sumarse a la vigilancia sanitaria. La ANS inició y siguió actuando de forma autónoma en la regulación del sector privado no vinculado al SUS, con un pequeño puente en el proceso de reembolso para ese sector.

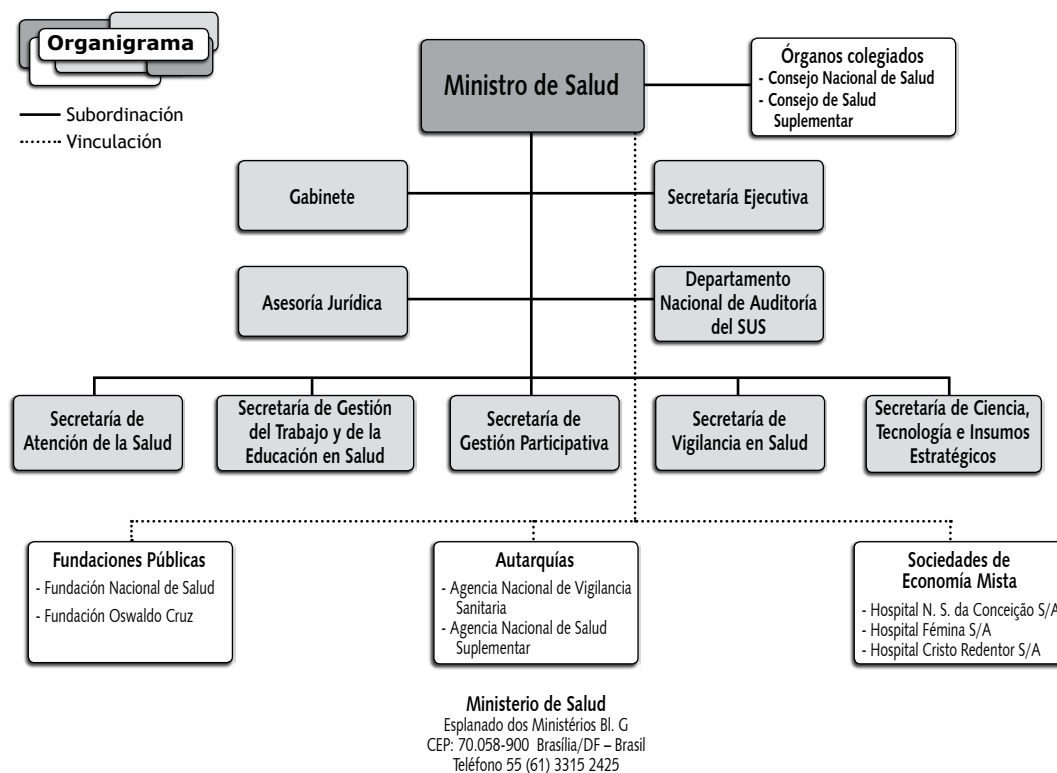
■ 1.2 El Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas - DRAC - 2003 a 2006

El Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas (DRAC) tiene como objetivo general coordinar y perfeccionar la implementación de la política nacional de regulación, control y evaluación, además de facilitar, del punto de vista financiero, el desarrollo de las acciones y servicios de salud en la atención de ambulatorio y hospitalaria del SUS.

El DRAC fue constituido por el Decreto Nº 4.726, de 09/06/2003 que aprobó la nueva Estructura Reglamentaria Básica del Ministerio de Salud. La Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de Salud se constituyó por la agrupación del Departamento de Atención Especializada (DAE), Departamento de Atención Básica (DAB), Departamento de Acciones Programáticas Estratégicas (DAPE) y por el Instituto Nacional de Cáncer (INCA).

La nueva estructura del Ministerio de Salud, se presenta a continuación.

Figura 1 - Organigrama actual del Ministerio de Salud



Disponible en: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=378

El DRAC está estructurado del punto de vista administrativo en cuatro coordinaciones formales: Coordinación General de Control de Servicios y Sistemas (CGCS), Coordinación General de Regulación y Evaluación (CGRE), Coordinación General de Sistemas de Información (CGSI) y Coordinación General de Soporte Operacional de Sistemas (CGSOS). Cuenta también con la Coordinación de Programación Asistencial (CPA), Sector de Reembolso al SUS de las Operadoras de Planos de Salud y una Asesoría Técnica (ASTECH), que a pesar de poseer un equipo técnico que desempeña funciones, no consta en el organigrama oficial.

El DRAC fue el reemplazante del Departamento de Control y Evaluación de Sistemas (DECES) de la Secretaría de Asistencia de la Salud, en la anterior estructura administrativa del Ministerio de Salud, entre 1999 y 2002, heredando las siguientes funciones:

- Control de las transferencias de recursos fondo a fondo para gestores plenos estatales y municipales para costear la Media y Alta Complejidad (MAC); pago directo a los prestadores privados según los topes financieros MAC de los estados no plenos; pago de la producción de los hospitales universitarios; pago de la modalidad co-financiamiento a los estados de São Paulo y Pernambuco; pago de los procedimientos realizados con recursos centralizados en el Fondo de Acciones Estratégicas y Compensación - FAEC (Estratégicos, Terapia Renal Sustitutiva, Alta Complejidad, Campañas de cirugías electivas, etc.); pago de los Incentivos (Integradas, IAPI, CAPs) y pago de la producción, cuando así se determina en procesos judiciales.
- Desarrollo de las directrices y coordinación de la implantación de las actividades de Control y Evaluación sobre la producción de los servicios de salud, en los estados y municipios.
- Gerencia del Catastro Nacional de Establecimientos de Salud y Profesionales - CNES.
- Gerencia operacional del Sistema de Información de Ambulatorio (SIA) y Sistema de Informaciones Hospitalarias (SIH) y de las respectivas tablas de procedimientos.
- Perfeccionamiento del Control y Evaluación de la ejecución de las acciones de salud, por medio de los sistemas de información SIA y SIH.
- Soporte operacional a las áreas de información e informática para auxiliar los procesos de dirección, coordinación y evaluación del DRACS.
- Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios - PNASH y la Pesquisa de Satisfacción y Premio de Calidad Hospitalaria.

- Desarrollo y Gerencia de la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad.
- Encaminamiento de los procesos de reembolso de la salud suplementar al SUS.

El Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas, en la nueva reorganización del Ministerio de Salud no permaneció con todas las funciones del extinguido DECES. La elaboración y control de la ejecución de los contratos de gestión y la habilitación de los servicios de alta complejidad permanecieron en el Departamento de Atención Especializada de la nueva Secretaría de Atención; por otro lado, el Sistema de envío de cartas a los usuarios y el Servicio de Atención de Demandas Espontáneas emigraron para la recién creada Secretaría de Gestión Participativa.

Por otro lado, el DRAC recibió nuevas funciones como la coordinación de las acciones e instrumentos de Programación Pactuada e Integrada (PPI) en los estados, municipios y Distrito Federal; la regularización y organización de los contratos de prestadores en el SUS y el desarrollo de las directrices de regulación del acceso (centrales de internación, consultas y exámenes) informatizado, representado por el proyecto SISREG, que en el período de 1999 a 2002 estaban en el Departamento de Descentralización de la gestión de la Asistencia - departamento extinguido que formaba parte de la Secretaría de la Asistencia de la Salud.

En el año 2003, el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas realizó grandes esfuerzos para mantener y favorecer, del punto de vista financiero, el desarrollo de las acciones y servicios de salud en la atención de ambulatorio y hospitalaria del SUS, por medio de la conducción y control de las transferencias de recursos a los estados y municipios con gestión plena, así como por el pago directo por producción a los prestadores. Al mismo tiempo, tuvo que reorganizar otras tareas heredadas del DECES, bien como tomar conocimiento de las nuevas responsabilidades además de conducirlas.

Es así que la Coordinación General de Control de Servicios y Sistemas (CGCS) continuó su rutina de controlar las transferencias de recursos, mediando el procesamiento de la producción por medio del Departamento de Información e Informática del SUS - Datusus y el Fondo Nacional de Salud, tramitando los “empeños”³ para efectuar los pagos. La Coordinación General de los Sistemas de Información (CGSI) continuó gerenciando los Sistemas de Información de Ambulatorio (SIA) y el Sistema de Información Hospitalaria (SIH) con sus respectivas tablas de procedimientos, además de asumir la gerencia del

³ Nota del traductor: El empeno de los gastos es un acto emanado de la autoridad competente que crea para el Estado la obligación de los pagos pendientes o no (Art. 58 de la Ley N° 4.320/64).

Sistema de Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (SCNES). A la Coordinación General de Regulación y Evaluación (CGRE) le cupo la tarea de articular las diversas actividades de regulación del acceso oriundo de la gestión anterior, como la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad - CNRAC y el proyecto de centrales de regulación, que sería operado por el sistema informatizado - SISREG. También tuvo que elaborar las directrices para contratar prestadores privados de servicios de salud por el SUS, además de reformular las acciones de evaluación, por medio de modificaciones al Programa Nacional de Evaluación de los Servicios Hospitalarios - PNASH y su variante PNASH Psiquiatría. La informal Coordinación de Programación de la Atención a la Salud (CPAS) asumió la responsabilidad de encaminar el proceso de Programación Pactada e Integrada en todos los estados y Distrito Federal, en los moldes de las directrices de la NOAS 2002, y al mismo tiempo elaborar una nueva propuesta de PPI.

Con ese conjunto de tareas, en el Ministerio de Salud, la dirección del recién creado Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas inició su misión en la gestión de 2003 a 2006, en especial reformulando la política de “regulación, control y evaluación”.

La mención al tema “regulación” se encuentra en la propia constitución del Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas. Es la primera vez que el término “regulación”, articulado al clásico “control y evaluación” aparece en la denominación de un departamento del Ministerio de Salud; sus antecesores fueron el Departamento de Control, Evaluación y Auditoría - DCEA (1993 a 2000) y el Departamento de Control y Evaluación de Sistemas - DECES (2000 a 2003).

El DCEA representa la época en que fue constituido el Sistema Nacional de Auditoría - SNA, cuando se pretendía articular las funciones de “control y evaluación” a las de auditoría. En cambio el DECES representa la separación de esas funciones, quedándose con las funciones de “control y evaluación”, mientras que el Departamento Nacional de Auditoría - DENASUS, comenzó a responder por las de auditoría.

En los tiempos del DCEA, el término “regulación” no se usaba para indicar las estrategias de control de la oferta de servicios y del acceso de los usuarios a la asistencia, a pesar que, desde la Norma Operacional Básica - SUS 01/93, ya se recomendaba el estructurar centrales de control de camas hospitalarias y de consultas.

El término “regulación”, como conjunto de reglas que disponen sobre el acceso a la asistencia, gana mayor divulgación a partir de la Norma Operacional de la Asistencia a la Salud - NOAS - SUS 01/2002, cuando el concepto de regulación asistencial se diseminó en el SUS.

En la gestión de 1999 a 2002 del Ministerio de Salud, el Departamento de Descentralización de la Gestión de la Asistencia, principal responsable por la implantación de la NOAS, también era el responsable de definir las estrategias de regulación asistencial, con el fin de implantar el proyecto SISREG. Por otro lado, el Departamento de Control y Evaluación de Sistemas fue el responsable por otra estrategia de regulación del acceso - la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad.

Es en este contexto, entre 2003 y 2006, que al Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas, que arrastraba como herencia los conceptos, prácticas y finalidades del “control, evaluación, auditoría y de regulación” desde la creación del SUS además de la formular el concepto de regulación asistencial oriundo de la NOAS, se le llamó para definir su papel y sus directrices de acción; o sea, formular la Política Nacional de Regulación, que debería orientar no sólo al gestor federal, sino también al conjunto de gestores estatales y municipales de salud.

2. REGULACIÓN, CONTROL, EVALUACIÓN Y AUDITORÍA

■ 2.1 Conceptos generales

En el diccionario *Aurélio* (1999) se pueden encontrar los siguientes significados:

- Control sería la fiscalización ejercida sobre las actividades de personas, órganos, departamentos o sobre productos, etc., para que tales actividades o productos no se desvíen de las normas preestablecidas.
- Evaluar sería determinar la valía o el valor, el precio, el merecimiento; corresponde a emitir juicios, calcular, estimar.
- Auditoría sería el examen analítico y pericial que acompaña el desarrollo de las operaciones.

Así pues, el control puede ser visto como la supervisión continua para verificar si el proceso de ejecución de una acción está de acuerdo a lo que fue reglamentado, verificando si algo en especial está siendo cumplido según determinados parámetros, acerca de un límite predefinido y si están o no ocurriendo situaciones extremas. El control puede ser anterior, de forma concomitante o posterior a la ejecución de las actividades.

La evaluación es un conjunto de acciones que permite emitir un juicio de valor sobre algo que está sucediendo (o siendo observado) a partir de un parámetro (muy bien, deseable, norma legal, etc.). Evaluar consiste en atribuirle un valor a lo encontrado a partir de lo esperado, una medida de aprobación o desaprobación. Es así que la evaluación puede ser una herramienta para fiscalizar, controlar, auditar, planificar y replanear, mejorar el desempeño y calidad de algo, etc.

La auditoría es un conjunto de técnicas con el fin de evaluar procesos, resultados y la aplicación de recursos financieros, confrontando una situación encontrada a determinados criterios técnicos, operacionales o legales. Se trata de una importante técnica de examen especializado de control para encontrar la mejor asignación de recursos, para evitar o corregir desperdicios, irregularidades, negligencias y omisiones. La finalidad de la auditoría es comprobar la legalidad y la legitimidad de los actos y hechos además de evaluar los resultados logrados en relación a la eficiencia, eficacia y efectividad de una

gerencia o gestión presupuestaria, financiera, patrimonial, operacional, contable y de fines de unidades o sistemas (BRASIL, 2001 a).

También en el diccionario *Aurélio* (1999), regular tiene el significado de someterse a reglas, dirigir, reglar, encaminar conforme la ley, aclarar, facilitar por medio de disposiciones, reglamentar, establecer reglas para, regularizar, establecer orden o parcimonia en, acertar, ajustar, contener, moderar, reprimir, conformar, inferir, confrontar, comparar, entre otras acepciones.

De esos significados se puede decir que regulación es un conjunto de actos que:

- facilitan por medio de disposiciones;
- dirigen, someten a las reglas;
- establecen reglas para, reglan, regulan;
- establecen orden o parcimonia en;
- ajustan, contienen, moderan, reprimen;
- infieren, confrontan, comparan.

En fin, un concepto amplio de regulación podría ser el de un conjunto de acciones que dirigen, ajustan, facilitan o limitan determinados procesos. En general, abarcaría tanto el ato de reglamentar (elaborar leyes, reglas, normas, instrucciones, etc.), las propias regulaciones de las acciones y técnicas que aseguren el cumplimiento de éstas (fiscalización, control, evaluación, auditoría, sanciones y premiación).

■ 2.2 Regulación como acción social

La regulación como acción social puede ser concebida como un conjunto de acciones mediatas, de sujetos sociales sobre otros sujetos sociales, que facilitan o limitan la producción de bienes y servicios en determinado sector de la economía y comprende el acto de reglamentar, las reglamentaciones, en relación a las acciones que aseguran el cumplimiento de la producción de bienes y servicios.

Esa regulación incluye la regulación de la producción de bienes materiales (agropecuaria, minería, industria) y la producción de servicios como comercio, transportes, publicidad, computación, telecomunicaciones, educación, salud, asistencia social, recreación, sector financiero y de seguros, además de la administración pública, que forman parte del sector terciario de la economía (SANDRONI, 1985).

Entendida de esa forma, los sujetos de la regulación son: el Estado, los sujetos colectivos de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, segmentos del capital, corporaciones de profesionales, etc. El reglamentar no es función sólo del Estado, sino también de la sociedad civil y del mercado por medio de la competencia o del monopolio.

Las reglamentaciones y las medidas que pretenden cumplirlas estarían conformadas con base en las orientaciones hegemónicas de la producción social. En determinada sociedad el tener como referencia el modo como se efectiva la globalidad de la producción significa remitir el concepto de la regulación a contextos histórico-sociales concretos, librándolo de una concepción que pretende ser neutra y abstracta.

Las orientaciones hegemónicas de la globalidad de la producción en las sociedades capitalistas se han basado en la propiedad privada de los medios de producción y en la acumulación de capital vía mercado, que agregan los frutos de la producción, así como todas las relaciones sociales. La experiencia histórica de cada nación es la que ha relativizado esas orientaciones, dependiendo del papel del Estado, la fuerza del capitalismo o de partes de él para mantener sus intereses, el papel protagónico de los trabajadores en la lucha por sus derechos y los niveles de conquistas democráticas, universales y de justicia social logrados.

De esta forma, se puede decir que la regulación en general, y de la salud en particular, también tiene condicionantes en sus finalidades y en el modo particular de como se realiza la producción capitalista en una nación. En Brasil la regulación debe ser entendida a la luz de las características propias al involucrarse en un capitalismo tardío, inmerso en el flujo del mercado mundial en expansión, marcado por la presencia de un Estado protagonista y emprendedor, atravesado por intereses privados y, al mismo tiempo, con soberanía limitada.

Este es el marco que puede delimitar el análisis de la regulación en el sector salud en Brasil, sus características, límites y transformaciones, así como entregar elementos para diseñar nuevos caminos para que el Estado ejerza la regulación sobre el sector salud, en sintonía con una política de salud que concrete el SUS y la salud como derecho ciudadano.

■ 2.3 Regulación en el Sector Salud

Partiendo del supuesto de la regulación como acción social, la regulación en el sector salud será considerada como las acciones de reglamentación, fiscalización, control, auditoría y evaluación de determinado sujeto social sobre la producción de bienes y servicios en salud.

Esta regulación tiene como uno de sus sujetos al Estado, además de otros sujetos sociales no estatales, como segmentos capitalistas presentes en el sector (planes y seguros de salud), corporaciones profesionales, usuarios organizados (en los consejos de salud, por ejemplo), entre otros.

La regulación en este sector comprendería, tanto el acto de elaborar reglamentaciones que faciliten o limiten determinados aspectos de la producción de bienes y servicios, como las actividades de fiscalizar, controlar, evaluar y auditar, que aseguren el cumplimiento de las reglamentaciones; o sea, una serie de acciones medio para facilitar y/o restringir la producción en salud propiamente tal. Regular no se resume al acto de reglamentar, sino que también incluye una gama de acciones para verificar si la producción en salud ocurre en conformidad a las reglas establecidas.

La regulación, de la forma como se le concibe en este documento, no se confunde con el acto de ejecutar las reglas. Producir bienes y acciones de salud en conformidad a las reglas es función de los productores del sector salud. En general, elaborar reglas y realizar una serie de acciones medio (fiscalización, control, evaluación) que deben realizar la “vigilancia” acerca de si se están cumpliendo estas reglas es papel de otro sujeto social (del regulador) y no del productor de bienes y servicios de salud (excepto en el caso de la auto-regulación).

La regulación en el sector salud tiene como objetivo general producir todas las acciones de salud y como derivados, sus principales objetos son: los establecimientos (incluyendo la estructura física, equipos, profesionales, habilitación y grados de complejidad, etc.); las relaciones contractuales; el ejercicio de las profesiones de salud; la oferta y demanda de servicios y los protocolos asistenciales; los flujos de atención; la producción, venta, incorporación y uso de insumos, medicamentos y tecnologías; condiciones de trabajo y ambientes relativos al sector salud; además del control y evaluación de los costos y gastos en salud.

La regulación en el sector salud como un conjunto de acciones de diversos sujetos sobre muchos sujetos sociales es una acción social compleja, de distintas calidades que están, invariablemente atravesadas por múltiples intereses y finalidades.

El escenario actual nos muestra la transición de determinada regulación del Estado sobre el complejo médico-industrial y sobre las corporaciones de profesionales, para el escenario donde entran otros actores reguladores (los seguros y planes de salud). Este nuevo escenario puede generar otras posibilidades de regulación estatal.

Por lo tanto, el mayor desafío es comprender la multiplicidad de escenarios, sujetos, acciones e intereses e implementar estrategias basadas en un marco de regulación centrado en el usuario, o sea, que priorice al usuario garantizándole los derechos constitucionales tratados en el capítulo de la salud.

■ 2.4 Regulación estatal sobre el Sector Salud - reformulando conceptos para reformular prácticas y finalidades

Ahora se pretende delinear lo que se entiende por regulación estatal del Sector Salud, su concepto y acciones. No se pretende seguir un camino de concepción abstracto y desconsiderar la historia, ni llevar tales conceptos a un nivel de “verdades irrefutables”, sino realizar algunas reflexiones críticas sobre lo que se ha acumulado desde la implantación del SUS, realizando una revisión según los objetivos de una política de salud que efective los principios y directrices del SUS.

La idea es iniciar una reflexión que tome por base las nociones de regulación expresadas en leyes, normas operacionales, decretos ministeriales y otras instrucciones, así como las prácticas de regulación del Ministerio de Salud, dentro de la historia reciente del SUS. Para esta reflexión se recurrirá también a la experiencia de implementar políticas de regulación en gestiones municipales, destacando la estructuración de servicios de Control, Evaluación y Auditoría.

El concepto y la comprensión de lo que sería la regulación estatal en la salud no ha sido uniforme. El Ministerio de Salud, recientemente, ha divulgado un concepto de regulación sinónimo de la regulación del acceso de los usuarios a la asistencia de salud. Ello se expresa particularmente en el Decreto Ministerial SAS N° 423 / 2002 (BRASIL, 2002).

Existen indicios de que la regulación estatal sería sólo el acto de reglamentar, de elaborar las reglas. Para tal concepción, regulación no comprendería las acciones medio (fiscalización, control, evaluación, auditoría) que aseguren el cumplimiento de esas reglas. Otras concepciones toman como central las acciones medio, manteniendo una cierta dicotomía entre el acto de elaborar las reglas y las acciones que vigilan su cumplimiento.

Una de las concepciones ampliada de regulación estatal en el sector salud, además de la fiscalización y el control, incorpora también como competencia la conducción

política, el análisis de la situación, la planificación y la comunicación, confundiéndola así con el concepto de gestión.

La regulación estatal del sector salud entendida aquí como aquella en que el Estado actúa en la dirección de la producción de bienes y servicios de salud, por medio de las reglamentaciones y de las acciones que aseguren su cumplimiento. Por lo tanto, la regulación estatal siempre será ejercida por una esfera de gobierno (federal, estadual y municipal) y se constituye en una de las funciones de la gestión de los sistemas de salud. Tal aseveración puede estar basada en el artículo 197 de la Constitución de 1988, al afirmar que: *“Son de relevancia pública las acciones y servicios de salud, correspondiéndole al poder público disponer, en los términos de la ley, sobre su reglamentación, fiscalización y control...”* (BRASIL, 1988).

Actuar sobre el rumbo de la producción de servicios de salud no significa obligatoriamente definir ese rumbo, sino intentar que determinados objetivos se logren. ¿Cuáles son esos objetivos? Ello es una definición que le corresponde a la Política de Salud y le compete a la gestión.

Por lo menos, la gestión contempla la definición de la política de salud y del correspondiente proyecto tecnológico-asistencial, implementados por medio de la planificación, financiamiento, presupuesto, programación, regulación y de la(s) modalidad(es) de atención, además del desarrollo de importantes funciones, como gestión del trabajo y educación, información e informática, ciencia y tecnología, sin contar las funciones administrativas y financieras.

El acto de reglamentar esas funciones de la gestión llevan al campo de las reglas formalizadas las orientaciones de la Política de Salud definida por los gestores. Por lo tanto, es cuando la gestión ejerce directamente la función de regular, entregando los contenidos de la reglamentación general del SUS. La regulación como función de la gestión para hacer cumplir las reglamentaciones definidas por la Política de Salud puede elaborar otras reglas, otras reglamentaciones secundarias.

Por lo tanto, se marcan las diferencias de concepto de regulación expresadas en este documento con aquellas de la NOAS N° 01/2002 y del Decreto Ministerial N° 423. No se confunde regulación ni con regulación del acceso de los usuarios a los servicios de salud, ni con el acto de sólo reglamentar, ni con la gestión en salud.

Desde este momento en adelante y para efectos de aclaración, se adoptará el término regulación, para indicar el concepto de regulación estatal en el sector salud antes mencionado y cuando nos refiramos a la acción de regular el acceso a la asistencia, se

usará la misma denominación - regulación del acceso a la asistencia, regulación del acceso o regulación asistencial.

La regulación del Estado en el sector salud en Brasil, desde los primordios del SUS, se ha dado en múltiples frentes, caracterizándose por la discusión teórico-conceptual insuficiente y la fragmentación y desarticulación de las prácticas, sea dentro de una esfera de gobierno o en las esferas municipales, estatales y federal. Nos encontramos con frecuencia con nociones y prácticas de “Control y Evaluación”, “Auditoría”, “Reglamentación”, sea refiriéndose a las acciones de salud o a los sistemas de salud.

Como una forma de enfrentar tales temas se pretende aquí, comprender la regulación del Estado en el sector salud en dos ramas: la Regulación de los Sistemas de Salud y la Regulación de la Atención de la Salud.

Esa propuesta de concepción no debe ser entendida como una división rígida de la regulación, sino como una forma de caracterizar campos de actuación de la regulación que tiene distintos sujetos, objetos, acciones y finalidades, pero que se complementan, tienen puntos comunes y yuxtaposición de acciones. La Regulación de la Atención de la Salud se orienta a la ejecución de las acciones directas de Atención de la Salud por los prestadores, por lo tanto debe ser considerada como una de las acciones de la Regulación de los Sistemas.

Lo que se denomina Regulación de los Sistemas de Salud choca con otra iniciativa del Ministerio de Salud que pretende, desde marzo de 2004, establecer una acción gubernamental llamada Monitoreo, Evaluación y Control de las acciones y recursos financieros transferidos a los estados, municipios e instituciones en el ámbito del SUS. Se podría decir que serían movimientos casi idénticos, que pretenden integrar los actos de reglamentar y vigilar que se cumpla la reglamentación, con algunas diferencias de términos y formas de operar.

2.4.1 - Regulación de los Sistemas de Salud

La Regulación de los Sistemas de Salud tiene como objeto los sistemas municipales, estatales y nacional y, como sujetos, al gestor federal y los gestores estatales y municipales. Incluye acciones de regulación del gestor de la esfera federal sobre estados y municipios; del gestor estatal sobre municipios y prestadores; y de los municipios sobre los prestadores, así como la auto-regulación de cada una de esas esferas. También incluye la regulación del Estado sobre el sector privado de producción de bienes y servicios de salud sin convenio y no contratados por el SUS.

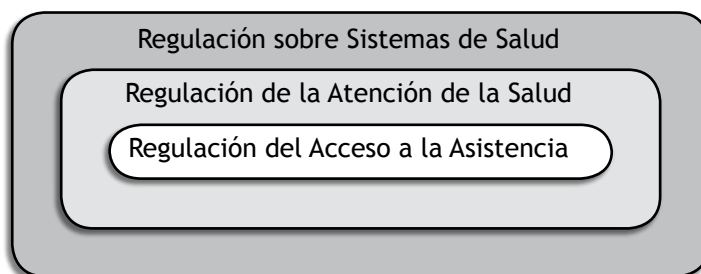
As principales acciones de Regulación sobre Sistemas de Salud son:

- Reglamentación General, o sea, la elaboración de decretos, normas y decretos ministeriales relativos a las funciones de gestión (planificación, financiamiento y formas de transferencia de recursos, descentralización/regionalización, programación, gestión del trabajo y educación, información e informática, ciencia y tecnología y otras), ejercidas directamente por la gestión (auto-reglamentación y reglamentación de una esfera de gestión sobre otra, según las leyes del SUS).
- Control sobre los Sistemas y Evaluación de los Sistemas.
- Regulación de la Atención de la Salud, o sea, las acciones de control asistencial, contratación, regulación del acceso a la asistencia y evaluación de la atención de la salud.
- La auditoría que incluye la auditoría sobre los sistemas o de gestión y la auditoría sobre acciones y servicios de salud o asistencial, actualmente en el SUS a cargo del Sistema Nacional de Auditoría - SNA.
- Acciones de integración con otras instancias de control público como, Control Interno, Tribunales de Cuentas, Ministerio Público y otros.
- Acciones de Control Social, Ouvidoría, algunas de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y la Regulación de la Asistencia Suplementar a la Salud (a cargo de la ANS).

La Regulación de los Sistemas de Salud debe ser entendida como reglamentación y la fiscalización, control y evaluación más generales del funcionamiento de los Sistemas de Salud (nacional, estadual y municipal).

La reformulación de los conceptos de regulación se representa en el esquema a seguir:

Figura 2 - Tipos de Regulación



Luego, la regulación es una función de la gestión que contempla una actuación sobre los sistemas de salud, sobre la producción directa de acciones de salud en los diversos niveles de complejidad (básica, media y alta) ambulatoria/hospitalaria y sobre el acceso de los usuarios a la asistencia en estos niveles.

La Regulación sobre Sistemas de Salud como regulación ampliada contiene las acciones de Regulación de la Atención de la Salud y ésta contiene las acciones de Regulación del Acceso a la Asistencia, entendida como acciones sobre la producción directa de servicios, por lo tanto sobre los prestadores de servicios.

2.4.1.1 - Control de los Sistemas

Las acciones de Control de los Sistemas comprendería las acciones de monitoreo y fiscalización de la aplicación de los recursos financieros en el ámbito del SUS como:

- Transferencias financieras fondo la fondo entre gestores para pagar la Atención de Media/Alta Complejidad y la Asistencia Farmacéutica (medicamentos especiales).
- Transferencia *per capita* para costear la Atención Básica (PAB, PSF, PACCS, etc.), Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia Sanitaria, Asistencia Farmacéutica Básica.
- Pagos realizados con recursos centralizados de la esfera federal o estatal de procedimientos (Estratégicos, TRS, QT/RT, OPM, Campañas de Cirugías Electivas) y de Incentivos (Integrasus, IAPI, CAPs).
- Pagos de producción cuando así sea determinado en procesos judiciales.
- Recursos transferidos fondo a fondo para programas especiales (AIDS, Salud Mental, Urgencia/Emergencia, etc.)
- Recursos transferidos por medio de convenios y contratos de metas
- Recursos transferidos a unidades públicas con presupuesto propio.
- Recursos transferidos para inversión.

Obedeciendo la exigencias legales y las deliberaciones de las instancias colegiadas de gestión, también se pueden incluir como acciones de Control de Sistemas la fiscalización del cumplimiento de: criterios para habilitarse en las condiciones de gestión, elaboración y ejecución del Plan de Salud, normas y criterios para edificar e incorporar tecnologías en la salud, elaboración de informes de gestión, operación de los Fondos de Salud, funcionamiento de las instancias de Control Social, pactos de indicadores y metas, constituir

los servicios de regulación de las respectivas esferas de gestión, realizar la Programación Pactada e Integrada, términos de compromisos entre entes públicos, entre otras.

2.4.1.2 - Evaluación de los Sistemas de Salud

Las definiciones, conceptos y categorías analíticas usadas para definir o analizar los sistemas de salud varían según los valores, principios y concepciones que existan sobre lo que es salud y cuál es el papel del Estado en relación a la salud de la población que vive en su territorio.

Por lo tanto, para definir y evaluar los sistemas de salud se parte de lo que la legislación vigente para el Sistema Único de Salud, en el cual a la salud se le concibe como resultante de las condiciones sociales e históricas de vida, es un derecho de ciudadanía y el Estado tiene la obligación de garantizarla por medio de la implementación de políticas públicas.

Así, Sistema de Salud no será entendido sólo como una red prestadora de servicios, sino como una compleja y organizada respuesta social y política a las necesidades, demandas y derechos, en determinada sociedad y época, incluyendo la prestación de servicios individuales y colectivos, así como la participación en acciones intersectoriales para mejorar la salud de la población.

En esta acepción, los sistemas de salud son complejas estructuras sociales, compuestas por distintos elementos que se interrelacionan para producir respuestas en salud. Estos elementos son las unidades, sectores programáticos, redes o subsistemas, que funcionan a partir de una gama de procesos de trabajo operados por trabajadores y profesionales de salud, que con insumos, instrumentos, tecnologías y saberes producen acciones y servicios de salud.

Los sistemas de salud no son estructuras que funcionen automáticamente sin sentido, sino que funcionan a partir de finalidades que indican la cantidad y la calidad de sus respuestas, cómo serán financiadas, cómo se organizará la producción y la distribución de las acciones y servicios de salud; en fin, indican en qué grado, de hecho, a la salud se le considera un bien inalienable de los individuos, del colectivo de personas y derecho de ciudadanía.

Hablar de las finalidades de los sistemas de salud obliga a referirse a su dimensión política, como directrices y proyectos de determinados grupos sociales que conforman el modelo o modelos de atención de la salud de determinado sistema de salud, en determinado período. En otras palabras, los Modelos de Atención de la Salud son las formas

históricas de organizar la producción de los servicios de determinado Sistema de Salud, ya sea en general o en determinado período de gobierno con su respectiva gestión.

Aunque los Sistemas de Salud puedan ser considerados como una estructura perenne y en el caso del SUS, componente del Estado, al sustentar las finalidades que varían según las políticas, los Sistemas de Salud tienen también una parte variable, que obedece a las orientaciones de los sucesivos gobiernos, en términos de gestión y Modelos de Atención de la Salud que se proponen realizar.

Tomando como base que evaluación es un conjunto de acciones que permite emitir un juicio de valor sobre algo que está ocurriendo (o siendo observado) a partir de un paradigma, evaluar los sistemas de salud consistirá entonces, en atribuir valor al sistema encontrado, comparado con lo esperado (norma legal, patrón, meta, etc.), por lo que se constituye en una medida de aprobación o reprobación de determinado Sistema de Salud en relación a otro (ideal o real) o a él mismo en el transcurso del tiempo.

Partiendo de las consideraciones anteriores, los aspectos fundamentales para evaluar los sistemas de salud en el ámbito del SUS, a lo menos son:

En relación a qué evaluar:

- El alcance del sistema: si es nacional, estadual o municipal y la respectiva esfera de gobierno y gestiones de salud (un gobierno puede tener más de una gestión), considerando que esas esferas son interdependientes, donde la evaluación de una esfera, aunque tenga especificidades, también está condicionada al desempeño de las otras dos.
- la pertinencia de las acciones de salud que fueron priorizadas en los Planes de Salud, en concordancia con los determinantes y las condiciones de salud de la población (perfiles de natalidad, bienestar, morbilidad y mortalidad), en diferentes regiones geográficas y grupos sociales.
- el modelo (o modelos) de Atención de la Salud, o sea, la forma como está organizado el Sistema de Salud, evaluando:
 - características de la gestión/gerencia, Financiamiento, Cobertura, Acceso, Integralidad, Jerarquización, Regionalización, Inter-sectorial, Control Social;
 - cómo las funciones se ejecutan en las áreas de atención (red básica, especializada ambulatoria y hospitalaria) y de vigilancia (Epidemiológica, Control de Zoonosis, Sanitaria);

- cómo son auxiliadas por medio de: Regulación, Control, Evaluación y Auditoría; gestión del Trabajo y Educación en Salud; Información e informática, Administrativa y Financiera; Planificación, Presupuesto y Programación, entre otras.

En relación a por qué evaluar:

- O sea, para verificar el grado de efectividad de la Salud como derecho de todos y el grado de implementación de los principios y directrices del SUS acerca de la universalidad del acceso; integralidad e igualdad en la asistencia; descentralización y comando único; regionalización y jerarquización; inter-sectorial; cooperación y eficiencia de los gestores; eficacia de los servicios; participación de la comunidad; todos modulados por la equidad que intenta superar las diferencias evitables e injustas, o sea pretende la igualdad en términos de atención con justicia social.
- Para hacer que la evaluación se constituya en una práctica permanente de gestión a nivel de la esfera federal, estadual y municipal, visto que sus resultados compondrían un cuadro con los elementos necesarios para tomar decisiones de rutina, para reorientar o reformular las acciones (regulación, atención y otras propias de la gestión), así como se constituye también en un importante subsidio para elaborar e implementar los planes de salud.
- Para que los resultados del proceso evaluativo sean asumidos como uno de los elementos orientadores de financiamiento (costeo e inversión), permitiendo no tan sólo estimular un mejor desempeño (de sistemas, establecimientos y equipos), sino también para identificar aquellos sistemas con desempeño inferior al deseado que podrían ser objeto de acciones inductivas para superar su desempeño.

En relación a cómo evaluar:

- Utilizar de manera innovadora y articulada (incluyendo el mapeo geográfico o geo-procesamiento) las bases de datos demográficos, socioeconómicos, registros (de establecimientos, profesionales y usuarios), epidemiológicos, presupuestarios, transferencias financieras y de producción de los servicios de salud.
- Utilizar datos de investigaciones periódicas (cuali-cuantitativas) o de observación directa, como una forma de obtener informaciones no disponibles de forma regular (satisfacción de los usuarios, aceptación, niveles de aceptación de los establecimientos, etc.).

- Discriminar y al mismo tiempo integrar los diversos focos sobre el objeto de evaluación, contemplando los sistemas, establecimientos, acciones de salud (vigilancia, atención, asistencia farmacéutica), procesos de trabajo (de la gestión, gerencia, epidemiológico y clínico), la satisfacción de los usuarios y el impacto de los servicios sobre la salud de la población.
- Utilizar indicadores que evalúen estructura (establecimientos; equipos; insumos y medicamentos; cuantitativos, carga de trabajo y categorías de los profesionales; recursos financieros, etc.), procesos (autorización de procedimientos y regulación del acceso, producción de procedimientos de atención básica y atención especializada de ambulatorio y hospitalaria, referencias y contra-referencias, auditorías, etc.) y resultados (tasas de incidencia y frecuencia de enfermedades, tasas de mortalidad por edad y por enfermedades, satisfacción de los usuarios, etc.).
- Utilizar indicadores compuestos de desarrollo como el IDH (Índice de Desarrollo Humano), Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) y esperanza de vida sin incapacidad para evaluar las condiciones de vida e indirectamente los resultados de los sistemas de salud.
- Utilizar indicadores que midan el grado de acceso, eficiencia, eficacia, efectividad, aceptación, continuidad, adecuación de las acciones y servicios de salud.

2.4.1.3 - Relación de la regulación de los sistemas con el presupuesto y control público.

As acciones de Control y Evaluación de la aplicación de los recursos financieros en los sistemas de salud, que pueden suceder puntualmente y/o de forma regular, deben contribuir y formar parte de las acciones de Control de la Ejecución Presupuestaria. Se entiende entonces la necesidad de articulación de la Regulación de los Sistemas como el Plan Plurianual y el Presupuesto Anual. En consecuencia, el desarrollo de la Regulación de los Sistemas debe interactuar con otras instancias de control público de las esferas de gobierno como las Secretarías de Control Interno, los Tribunales de Cuentas y el Ministerio Público, que también tienen como objeto el control de la ejecución presupuestaria estatal.

2.4.1.4 - Regulación de la Atención de la Salud

La Regulación de la Atención de la Salud tiene como objetivo producir acciones directas y finales de atención de la salud y, por lo tanto, está dirigida a los prestadores

de servicios de salud, públicos y privados. Los principales sujetos serían los gestores municipales y de forma adicional, los gestores estadales y el gestor federal.

Es posible considerar como propias de la Regulación de la Atención de Salud las acciones de contratación, control asistencial, regulación del acceso de la asistencia, evaluación de la atención de la salud y la auditoría asistencial. La mayoría de esas acciones puede ser regulada a través de decretos ministeriales, normas e instrucciones, constituyéndose de esta forma en el marco normativo de la Regulación de la Atención de la Salud.

Esta parte de la regulación estatal sobre sistemas, denominado Regulación de la Atención de la Salud es el que más se asemeja al que el Decreto Ministerial SAS N° 423 denomina como “Control, Regulación y Evaluación”, o sea, la regulación de la asistencia en la media y alta complejidad. La diferencia estaría en que la Regulación de la Atención de la Salud debe comprender también la regulación de la atención básica y las acciones de auditoría asistencial, además de la propuesta de una efectiva integración a otras acciones de regulación sobre sistemas.

A continuación, se presenta una caracterización mínima de las acciones de Contratación, Control Asistencial, Regulación del Acceso de la Asistencia y de Evaluación de la Atención de la Salud.

Contratación

La contratación consiste en todas las relaciones pactadas y formalizadas de los gestores con los prestadores de servicios de salud y el establecer obligaciones recíprocas. En general, le cabe a los prestadores públicos y privados la producción de servicios de salud cuyo costeo se realiza con recursos públicos, en determinada gestión de una esfera de gobierno.

La necesidad y la directriz general para contratar servicios de salud constan en la Constitución de 1988, en el párrafo único del artículo 199, que dice:

“Las instituciones privadas podrán actuar en el Sistema Único de Salud, según las directrices de éste, mediante contratos de derecho público o convenios, teniendo preferencia las entidades filantrópicas y las sin fines de lucro” (BRASIL, 1988).

Prevista también en la Ley Organica de la Salud n° 8080 de 1990:

“Art. 24 Cuando sus disponibilidades son insuficientes para garantizar la cobertura asistencial a la población de una deter-

minada area, el Sistema Único de Salud (SUS) podrá recorrer a los servicios ofrecidos por la iniciativa privada”.

“Párrafo único. La participación complementaria de los servicios privados será formalizada mediante contrato o convenio, observadas, a respecto, las normas de derecho público”.

Os contratos de prestadores privados de servicios de salud tiene se viabilizado por los contratos de servicios, por los contratos de gestión o por medio de los convenios.

Las relaciones entre gestores del SUS y los servicios privados con fines de lucro han sido intermediadas por los contratos de servicios, basados en el pago de procedimientos por producción. Esta relación tiene sus raíces en la historia de la previsión social brasileña, continuando todavía en el SUS parte de los contratos del extinguido INAMPS, o inclusive situaciones sin ninguna formalización, a pesar de las exigencias legales.

Los convenios y contratos de gestión se han destinado a relacionar a los gestores del SUS y las entidades públicas, filantrópicas y sin fines de lucro.

Las acciones de contratación todavía no están reformuladas en la nueva política de Regulación de la Atención de la Salud, en la que se prevé el articular las acciones de Programación, Regionalización, Control, Regulación del Acceso y la Evaluación.

La contratación debe ser vista como un instrumento necesario para controlar y cualificar la asistencia.

Acciones de Control Asistencial

Tomando como base la relación de los gestores con los prestadores de servicios de salud, se destacan como clásicas las acciones de Regulación de la Atención de la Salud, aquellas de Control Asistencial, que tendrían las siguientes atribuciones:

- Crear un catastro de establecimientos, profesionales y recientemente, de los usuarios.
- Habilitar a los prestadores para otorgar determinados servicios y las correspondientes revisiones técnicas.
- Programar los presupuestos por establecimiento de forma sistemática, para asegurar recursos para realizar procedimientos hospitalarios y ambulatoriales.
- Solicitar autorización para las internaciones y procedimientos ambulatoriales especializados y de alta complejidad.

- Monitorear y fiscalizar la ejecución de los procedimientos realizados en cada establecimiento, por medio de la supervisión hospitalaria y de ambulatorio.
- Desarrollar acciones de supervisión hospitalaria y de ambulatorio incluyendo la verificación de la veracidad del problema de salud, la adecuación del procedimiento del problema de salud, la necesidad de realizar procedimientos adicionales, verificar la realización de los procedimientos, la compatibilidad entre lo autorizado y lo realizado, cohibir fraudes cuantitativos, cualitativos y cobranzas incorrectas, además de la validación final de los procedimientos ejecutados por los prestadores.
- Monitorear y revisar las facturas relativas a las atenciones presentadas por cada prestador.
- Cruzar las informaciones de la atención con las de los usuarios, profesionales, establecimientos, programación por unidad, tablas de procedimientos para realizar el procesamiento de la producción de determinado período.
- Preparar y juntar las informaciones necesarias para pagar los servicios producidos.

Todas ellas serán las acciones de control directamente ligadas a la asistencia, en las cuales los prestadores públicos y privados son los principales objetos de la acción de monitoreo y fiscalización.

Una reestructuración de las acciones de control pueden ser diseñada para ser más eficientes en el uso de los recursos de costeo, para facilitar la atención especializada de media y alta complejidad, de modo que haya cuidado integral, además de servir para integrarse a la regulación del acceso de los usuarios a los servicios, para corregir desvíos y mejorar en relación a la calidad de los servicios, entre otros.

Regulación del acceso a la asistencia

Como ya fue mencionado, en el ámbito del SUS durante los años recién pasados se ha discutido y propuesto desarrollar acciones para regular el acceso de los usuarios a la asistencia de salud o regulación asistencial, frecuentemente denominada sólo como reglamentación, provocando cierta confusión conceptual, sin discriminar los diversos focos de la regulación, como aquí se hace.

La regulación del acceso también ha sido muchas veces tomada como la implantación de centrales de internación/consultas y exámenes, dando la impresión de que estas herramientas tecnológicas pueden, *per se*, sustituir a las acciones políticas y de comando inherentes a la gestión.

La regulación del acceso a la asistencia es más que la implantación de computadores, redes de informática, etc. o de normas y protocolos, puesto que abarca también las relaciones de gestores con los prestadores, de gestores y prestadores con los gerentes de las unidades de salud, de gerentes con los profesionales y, la más importante, de usuarios y sus distintas demandas/necesidades con todos. Por lo tanto, como en cualquier trabajo en el área de la salud, la regulación del acceso implica relaciones políticas, técnicas y de cuidado, por lo que consiste entonces, en un conjunto de tecnologías (relacionales, saberes, instrumentos, etc.) y acciones que intermedian la demanda de los usuarios por servicios de salud y el acceso a ellos. La intermediación puede configurarse de diversas formas, dependiendo de los objetivos de la política de Regulación de la Atención de la Salud.

Así siendo, regulación del acceso a la asistencia puede promover una adecuación de la demanda a la oferta disponible, intentar reducir los costos independientemente de las necesidades de los usuarios, privilegiar el acceso a algunos servicios y dificultarla a otros, según los intereses de determinados gestores, prestadores o corporaciones de especialistas.

Por otro lado, la regulación del acceso a la asistencia está incorporada en las directrices del SUS de universalidad, integralidad y equidad de la atención y consiste en la organización de estructuras, tecnologías y acciones dirigidas a los prestadores (públicos o privados), gerentes y profesionales, para que el usuario tenga acceso a los servicios de salud, de tal forma que se adecue la complejidad de su problema a los niveles tecnológicos exigidos para darle una respuesta humana, oportuna, ordenada, eficiente y eficaz. Luego, la regulación asistencial debe propiciar el redimensionamiento de la oferta (disminución o expansión), contribuir para mejor utilizar los recursos, no en una lógica meramente financiera, sino de forma que se obtenga calidad de la acción, dar una respuesta adecuada a los problemas clínicos y tener la satisfacción del usuario.

Las acciones de Regulación del Acceso a la Asistencia o Regulación Asistencial son:

- Regulación médica de la atención pre-hospitalaria y hospitalaria de urgencia.
- Control de las camas disponibles y de la agenda de consultas especializadas y de SADTs;
- Estandarización al solicitar internaciones, consultas, exámenes y terapias especializadas, por medio de protocolos asistenciales.
- Establecer referencias entre las unidades, según los flujos y protocolos definidos.
- Organizar los flujos de referencia especializada intermunicipal.

- Controlar y monitorear la utilización más adecuada de los niveles de complejidad.

Una estrategia para facilitar la Regulación del Acceso a la Asistencia es el constituir Complejos Reguladores que consisten en la articulación e integración de Centrales de Regulación Médica de Urgencias, Centrales de Internación, Centrales de Consultas y SADTs, Transporte Sanitario o de pacientes con necesidades especiales y no urgentes, Protocolos Asistenciales con otras acciones de Regulación de la Atención a la Salud como contratación, control asistencial y evaluación, así como con otras funciones de la gestión, como programación y regionalización.

La regulación del acceso a la asistencia que promueva el cuidado integral de forma ágil, oportuna, que disponga de alternativas asistenciales y que responda a las necesidades individuales y sociales tiene de estar calcada en el interés público.

Evaluación de la Atención de la Salud

La evaluación de la atención de la salud consistiría en el conjunto de operaciones que permitan emitir un juicio de valor de las acciones finales de la atención a la salud, en los diversos niveles de complejidad, para medir el grado de resolución, calidad, humanización, satisfacción del usuario, entre otros.

Evaluar las acciones de atención a la salud implica medir sus resultados e invariablemente, evaluar los procesos que las produjeron, demandando así la evaluación de equipos, de condiciones y procesos de trabajo y de las estructura de los establecimientos de salud. Evaluar el proceso de producción de las acciones implica medir la eficiencia de la producción y, por lo tanto, implica medir costos y gastos.

Evaluar las acciones de atención de la salud consiste en comparar lo realizado con lo esperado, fijado por el parámetro de “muy bueno”, por los objetivos y metas determinados. Por lo tanto, el resultado encontrado debe permitir reformular las acciones de Control y Auditoría Asistencial, de Regulación del Acceso, de contratación con los prestadores, las sanciones o premios, además de elaborar propuestas de intervención para mejorar la calidad y resolución de las acciones.

Evaluar las acciones realizadas por equipos en determinados establecimientos nos remite a la evaluación del conjunto de las unidades y, por lo tanto, del sistema de salud. Ello nos lleva a insertar la evaluación de la atención de la salud dentro del conjunto de acciones de evaluación que deben ser realizadas en los sistemas de salud.

3. POLÍTICA NACIONAL DE REGULACIÓN

■ 3.1 La regulación del Estado en el Sector Salud en Brasil - Breve análisis de la Política de Regulación del SUS

Diseñar una nueva política de regulación supone una determinada comprensión de este objeto - regulación del sector salud - así como analizar la política de regulación en vigor. Ello es lo que ahora intentaremos, esbozando un breve análisis de la política de regulación estatal del sector salud que ha sido elaborada recientemente en el SUS, para proponer un nuevo rumbo.

Criticar y proponer alteraciones implica tener una postura política y asumir determinadas concepciones. El debate que se propone aquí no huye de esta cuestión, pero se declara alineado a la formulación de políticas de salud que sean realmente públicas, de y para todos, en un formato calcado en las políticas sociales universalistas de seguridad social, que efectiven los derechos sociales y la ciudadanía.

El ya citado Decreto Ministerial N° 423, al pretender "... el *detalle de las atribuciones básicas inherentes a cada nivel del gobierno en el control, regulación y evaluación de la Asistencia de la Salud en el SUS*" (BRASIL, 2002), indica no sólo la especificación de las competencias de cada esfera de gestión del SUS y el concepto de regulación del acceso a la asistencia, como también permite ver la política de regulación de la atención de la salud del Gobierno Federal de 1998 a 2002, o sea, muestra cómo se pensaba fiscalizar, controlar y evaluar la ejecución de las acciones de salud por los prestadores, en especial, en los niveles de media y alta complejidad de la atención.

La aproximación histórica de los conceptos, prácticas y finalidades del "control, evaluación, auditoría y regulación" en el SUS; el análisis de la NOAS N° 01/2002 y de los Decreto Ministeriales SAS N° 423 y N° 729 de 2002, que pueden ser tomadas como el ápice de la formulación de una política de regulación de la asistencia de la salud de media y alta complejidad en la última gestión en salud en la esfera federal; sumada a la práctica de regulación del Ministerio de Salud, por medio del Departamento de Control y Evaluación de Sistemas del SNA, del DENASUS, de la ANVISA y de la ANS, así como la práctica de regulación implantada por la mayoría de los gestores plenos estaduais y municipales de Brasil, permite afirmar que, como resultado, se desarrolló una Política de Regulación calcada en los intereses del sector privado productor de servicios de salud.

En Brasil, es de conocimiento general y objeto de análisis de diversos autores la constitución del segmento liberal privado en el sector salud. Compuesto por los productores privados, con fines de lucro y filantrópicos, contó con un significativo financiamiento estatal para realizar inversiones estructurales y de costeo de la asistencia. Su modelo se caracteriza por la atención individual, hospitalaria y de ambulatorio especializada, centrada en el trabajo médico curativo-reparador, que tiende a incorporar de forma creciente las prácticas más complejas y caras y además de los aparatos tecnológicos. Su producción basada en procedimientos se destinó a la parcela de la población que puede pagar (desembolso directo) y a los cubiertos por la previsión brasileña (IAPs, INPS, INAMPS). A partir de los años 90, giró la venta de su producción al segmento de Salud Suplementaria (Seguros y Planes de Salud) y al SUS. Como uno de los principales responsables por la producción de servicios de salud en el país, en especial los de media y alta complejidad, es fácil constatar la influencia de este segmento no sólo en la orientación de la producción de servicios de salud en Brasil, como en la política de regulación de este sector, una vez que sus intereses estaban y están directamente comprometidos.

Debido al peso de los productores privados de servicios de salud en la estructura de las políticas de salud y, en consecuencia, en las políticas de regulación desarrolladas recientemente en el SUS, aquí se afirma que, como resultante, se desarrolló una Política de Regulación Privatista. Decir que es una resultante no significa que es única, que está clara y formalmente expresada, sino que es el vector derivado de las fuerzas de los diversos sujetos sociales presentes en el SUS y que, por lo tanto, ha definido el camino principal de la regulación del Estado sobre el sector salud. Ello expresa la tendencia nacional y no suprime las experiencias de gestores estatales y municipales que crearon políticas de regulación sobre otros supuestos y orientaciones.

Esa Política de Regulación Privatista se caracterizaba por sus objetivos y por tener métodos y medios con los cuales se intentó implantarla.

Sus principales objetivos fueron la “recentralización” de parte de los recursos y del comando y cierta liberación de prestadores privados y públicos para producir servicios de salud.

A pesar de que parezcan contradictorios, los objetivos se complementan. La recentralización de recursos le permitió al gestor federal costear una serie de procedimientos ejecutados por los prestadores sin pasar por la aprobación de los gestores municipales y estatales. Como la mayoría de esos procedimientos es de alta complejidad, al mismo tiempo que puede haberse ampliado el acceso a ellos, su ejecución sin las acciones adecuadas de regulación del acceso y de control, puede haber respondido a los inte-

reses de determinados prestadores y a su capacidad de oferta. El intento controlador, ejemplificado por el diseño centralizado del Sistema de Informaciones de Media y Alta Complejidad - SIMAC (que sustituiría al SIA y al SIH), le podría permitir a la esfera federal responder a intereses específicos de determinados prestadores o de corporaciones de especialistas, como de hecho ocurrió con el reajuste de parte de los procedimientos de alta complejidad.

Por otro lado, la liberación de prestadores privados no puede verse como una acción declarada, sino como la ausencia de implementación de acciones efectivas de regulación pública. Con la descentralización de servicios y al asumir su condición de gestor pleno, por los estados y municipios, se puede afirmar que no fue preservada ni la regulación de los tiempos del INAMPS representada por la contratación formal (Contratos y Convenios) y por la primacía del control contable-financiero (Servicios de Control y Evaluación). Los nuevos gestores plenos, aunque tuvieran como obligación estructurar sus servicios de Control, Evaluación y Auditoría, no tenían experiencia acumulada, ni contaron con una efectiva capacitación. En los años de construcción del SUS fue evidente la timidez del gestor federal para formular una política nacional de macro-regulación dirigida al interés público, bien como para apoyar de forma enfática su implementación. A la mayoría de los gestores les restó constituir frágiles servicios de Control y Evaluación y/o Auditoría sin prácticamente ejecutar las acciones de contratación, control asistencial, regulación del acceso, evaluación y auditoría. Son raros los municipios plenos que cuentan con servicios activos que autorizan, realizan una supervisión hospitalaria y de ambulatorio y cuentan con centrales de internación, consultas y exámenes implantados. Para los estados el ejecutar acciones de control asistencial de los prestadores es rutina; en los municipios no plenos, sin equipos y otras tecnologías, es prácticamente imposible (a no ser de forma burocrática y a distancia). Son incontables los prestadores privados vinculados al SUS que, sin contratos o con contratos precarios, ofrecen según su conveniencia, consultas, SADTs e internaciones, sin cualquier acción de control asistencial, mucho menos de regulación del acceso; sólo presentando al final de cada mes la factura para recibir el pago. También es evidente la ausencia de acciones de regulación de los prestadores públicos de servicios de salud. Este es el escenario que configuraría la producción liberada de los prestadores de servicios de salud del SUS, en muchos casos de orientación mercantilista y liberal.

Otro conjunto de situaciones que puede caracterizar la Política de Regulación Privativista fue la ausencia de discusión y formulación de una política más global de regulación estatal del sector salud, que agregara y articulara las diversas instancias que ejecutan acciones de regulación como el Departamento de Control y Evaluación de la Secretaría de Asistencia, el Fondo Nacional de Salud, el Departamento Nacional de Auditoría, la

Coordinación de Control y Evaluación Presupuestaria de la Sub-Secretaría de Planificación y Presupuesto, entre otros departamentos, todos ellos del Ministerio de Salud, además de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria y de la Agencia Nacional de Salud Suplementar, también vinculadas al Ministerio de Salud. El escenario dominante fue la autonomía de cada una de esas instancias, derivando en la realización de acciones fragmentadas y desarticuladas, muchas veces en abierta competencia, cuando no eran contradictorias. La falta de una política para realizar una regulación ampliada, aquí denominada - Regulación de los Sistemas - se reflejó en la política de regulación en las esferas estadales y municipales de gobierno. Esas situaciones facilitaron el descontrol en las unidades públicas y transformaron la regulación más permeable a los intereses de los productores privados de bienes y servicios de salud, facilitando la tendencia a la producción liberada.

La Política de Regulación Privativista se caracterizó también por tener un método normativo y poco democrático por el cual se intentó implantar la regulación. La tentativa de estructurar una regulación usando como recurso principal la reglamentación estuvo presente en casi todas las normas operacionales.

El Decreto Ministerial SAS N° 423, que especificó las directrices de la NOAS para la política de regulación de la asistencia de la salud, privilegió una serie de exigencias formales a los gestores plenos, ejemplificado por la solicitud de elaborar un “Plan de Control, Regulación y Evaluación”. Aunque ese Decreto Ministerial haya sido discutido en la Comisión de Inter-gestores Tripartita, en el CONAS y en el CONASEMS, fueron débiles su reverberación y emulación para que el conjunto de gestores de hecho se empeñara en la implantación de las acciones de regulación de la asistencia a la salud, de media y alta complejidad. Ello puede haber ocurrido por el hecho de que las discusiones no fueron ampliadas como para poder contar con la participación de la mayoría de los gestores y por la ausencia de estrategias concretas para apoyar, estimular y capacitar para ejercer las acciones de una regulación diferente, calcada en el bien común.

El escenario actual está marcado por diversas concepciones y prácticas de regulación. La NOAS y el Decreto Ministerial N° 423 legaron una concepción restringida de regulación, direccionada para regular el acceso de los usuarios a la asistencia, siendo común encontrarse con iniciativas de gestores que pretenden controlar el acceso, mucho más en la perspectiva de restringir, de adecuar la oferta o incluso para adquirir cierto “poder de control” (y en consecuencia, la posibilidad de regatear de acuerdo a sus intereses), que de adecuar las respuestas a las necesidades de los usuarios.

■ 3.2 Directrices para desarrollar e implementar la regulación en el SUS

Más allá de una estructura técnica y burocrática, la regulación estatal para el sector salud debe reformular la regulación de la producción de bienes y servicios en salud, que se opone a sus fundamentos públicos, una regulación orientada en pro del bien común, del derecho a la salud de los individuos y de la colectividad.

En esta perspectiva es necesario desarrollar movimientos de regulación en el sentido de obtener mayor eficiencia, eficacia y efectividad en los sistemas de salud y en la producción de la atención de la salud.

La eficiencia, por medio de la regulación, puede ser alcanzada con el desarrollo, diseminación e implementación efectivo de acciones de control, fiscalización, monitoreo, auditoría y evaluación en la aplicación de los recursos financieros del SUS, por los gestores de los sistemas de salud y por los productores directos de las acciones y servicios de salud.

La eficacia y la efectividad por medio de la regulación, deben lograrse transformando sus acciones medio en estimuladoras de toda la producción de la atención de salud, para contribuir para mejorar: el acceso, la integralidad, la calidad, la resolución y la humanización de la producción de acciones y servicios de salud.

Para tal, se proponen as siguientes directrices que deberán ser operadas por los gestores del SUS:

A) Articular e integrar las acciones de la Regulación del Sector Salud

- Superar el aislamiento, desarticulación y la baja reposición de competencias que hay entre las diversas instancias como “Control y Evaluación”, “Auditoría” y la vigilancia sanitaria, que ha ejecutado acciones de control, fiscalización, evaluación.
- Desarrollar acciones de control, auditoría y evaluación en los sistemas de salud, complementadas con su foco en la producción directa de acciones y servicios de salud.
- Integrar las acciones de reglamentación, fiscalización y control de la vigilancia sanitaria en los establecimientos y servicios de salud, con las acciones de control, auditoría y evaluación de la atención de la salud.
- Integrar las acciones de reglamentación, fiscalización y control de la vigilancia sanitaria en los medicamentos, insumos y tecnologías de salud, con las acciones de control, auditoría y evaluación de la atención de la salud.

- Que la “Ouvidoría” como canal privilegiado de interlocución individual con el usuario, se constituya en la fuente para ejercer el control, auditoría y evaluación de la atención de la salud, para detectar problemas de acceso, calidad de los servicios otorgado, desperdicios, irregularidades, negligencias y omisiones.
 - Que los consejos de salud como instancia de control social, sean fuente para ejercer el control, auditoría y evaluación con foco en los sistemas y en la atención de la salud, para detectar problemas de acceso, calidad de los servicios otorgado, desperdicios, irregularidades, negligencias y omisiones.
 - Integrar las acciones de la vigilancia sanitaria, control, auditoría y evaluación de los sistemas y de la atención de la salud, con las acciones de regulación de la salud suplementaria.
- B) Articular e integrar la regulación del sector salud con otras funciones de gestión.
- Integrar las acciones de regulación de los sistemas y regulación de la atención de la salud a las demás funciones de la gestión como planificación, financiamiento, presupuesto, programación, descentralización/regionalización, implementación de la(s) modalidad(es) de atención, además de integrar al desarrollo de importantes funciones de salud, como gestión del trabajo y educación, información e informática, ciencia y tecnología con las funciones administrativas y financieras.
- C) Implementar y desarrollar la Política de Regulación de la Atención de la Salud articulando e integrando las acciones de contratación, control, regulación del acceso, auditoría y evaluación de la atención de la salud.

3.2.1 - Delineamiento de una nueva Política de Regulación de la Atención de la Salud calcada en la ampliación del acceso, calidad y cuidado integral

A partir de las definiciones conceptuales y análisis de la política de regulación dominante en el SUS, esbozados anteriormente, se propone la reformulación de la política de regulación en el ámbito de la atención de la salud, calcada en el cuidado integral de la salud, que tenga como centro el usuario, sus demandas, necesidades y derechos.

Una Política de Regulación que estimule el cuidado integral, la calidad y la equidad de la Atención de la Salud debe satisfacer las necesidades de los usuarios. Responder al mundo de necesidades de salud no es tarea fácil. No existen necesidades uniformes que puedan ser aprehendidas en una mirada, que pueda ser respondida de sólo una manera. Las necesidades de salud son diversas, varían según el lugar, época, características

geográficas, demográficas, epidemiológicas y sociales de la población; son de distintos y múltiples usuarios, están moldeadas por la capacidad de la demanda y de reivindicación del derecho a la salud de los usuarios, están influenciadas por los intereses y la capacidad de oferta de los productores de bienes y servicios de salud. Si consideramos estas condicionantes se podrá tener la medida aproximada de las necesidades reales en el área de la salud.

La Política de Regulación de la Atención de la Salud debe tener como objetivo implementar una gama de acciones medio que incidan en los prestadores públicos y privados, de modo que oriente la producción eficiente, eficaz y efectiva de acciones de salud, para mejorar el acceso, la integralidad, la calidad, la resolución y la humanización de las acciones.

A diferencia de la desarticulación y autonomía de las acciones de regulación existentes hasta entonces, la Política de Regulación de la Atención de la Salud que pretenda el cuidado integral debe preconizar por lo menos, algunas grandes líneas de integración como:

- Articular e integrar las acciones de regulación de la atención de la salud a otras acciones de regulación de los sistemas de salud como las de control de los sistemas, auditoría, ouvidoria, regulación de la vigilancia sanitaria, regulación de la salud suplementaria y otras de control público.
- Articular e integrar las acciones de regulación de la atención de la salud a otras funciones de gestión como la descentralización/regionalización, planificación y presupuesto, programación, administrativa y financiera, entre otras.
- Articular e integrar las acciones típicas de regulación de la atención de la salud como contratación, control, regulación del acceso y de evaluación, así como la articulación interna de las atribuciones de cada una de ellas.
- Articular los sistemas de información de la atención de la salud.
- Articular e integrar las acciones de regulación de la atención de la salud a las áreas asistenciales de la Atención Básica, Atención Programática y Estratégica y Atención Especializada. Probablemente, esta sea la más importante integración que debe lograrse, puesto que además de la existencia de acciones medio de regulación *per se*, ellas deben servirle a la Política de Atención de la Salud y a sus políticas específicas, que tienen por objeto ejecutar los principios del SUS.

3.2.1.1 - La articulación e integración de las acciones de regulación de la atención de la salud.

A) Que los contratos sean pactos entre gestores y prestadores.

En una Política de Regulación de la Atención de la Salud integrada, además de cumplir legalmente a las formalidades de los contratos, la contratación debe representar un pacto de compromiso entre gestores y de éstos con los prestadores, con el debido asentimiento de responsabilidades entre las partes. En el contrato con prestadores debe quedar claro que la lista de servicios ofrecidos será realizada con base en las informaciones registradas en los catastros y la habilitación para ejecutar tales servicios; que la producción de los servicios se realizará según lo defina el gestor y las necesidades de salud de la población expresadas en las Políticas de Atención; que las solicitudes de procedimientos serán realizadas según rezan los protocolos establecidos; que una gama de procedimientos pasará por algún proceso de autorización y, en la medida de la organización del gestor, el acceso será regulado por estrategias de regulación del acceso o por el Complejo Regulador; que una gama de procedimientos estará sujeto a procesos de supervisión hospitalaria y de ambulatorio; que la transferencia de recursos pretende cubrir los costos, ocurrirá sin atrasos y acontecerá después que el gestor valide la producción.

B) Reformular las actividades de control asistencial y de evaluación de la atención de la salud

El catastro de establecimientos y profesionales, junto con un proceso de actualización y calificación de las informaciones, permite verificar la oferta potencial de los productores, facilitando la contratación de éstos y la programación de la atención. El desarrollo de acciones como la estandarización en las solicitudes permite incorporar una gama de protocolos, que permiten autorizar la atención a niveles más complejos. La integración de los procesos de solicitud y autorización en las centrales de internación/consulta, torna viable el Complejo Regulador. El desarrollo de acciones de supervisión hospitalarias y ambulatoriales permite controlar la ejecución de la atención, monitoreando la adecuada asistencia, calidad y satisfacción del usuario, además de los aspectos contables y financieros.

El implementar un proceso de evaluación de acciones y servicios de atención de la salud, de forma sistemática y continua, en las estructuras, procesos y resultados, permite planificar mejor, sacar a la luz problemas para ejercer acciones de control y auditoría asistenciales, ajustes en la ejecución y la búsqueda de una mejor calidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

C) Implementar la regulación del acceso por medio de los complejos reguladores

A primera vista, se puede afirmar que en la historia del SUS la producción de acciones de salud no siempre ha respondido a las necesidades reales de los usuarios. La producción de servicios ha sido moldeada por las características de la demanda y oferta que tampoco traducen fielmente las necesidades reales de salud.

Con el desarrollo del SUS hubo un aumento de la cobertura (oferta) de la atención básica y una oferta no adecuada de la atención de media y alta complejidad. Oferta no adecuada es el la expresión que caracteriza mejor el actual cuadro, puesto que ocurre tanto una demanda artificial de servicios de mayor complejidad (derivaciones no adecuadas entre niveles de la red), como estrangulamiento de la oferta en algunas áreas (baja inversión o capacidad instalada no disponible). Por otro lado, la oferta de servicios por los prestadores (privados y públicos), de acuerdo a sus intereses, no sólo delimita la producción existente (en exceso para algunos procedimientos e insuficiente para otros), como puede responder y estimular la demanda artificial. El financiamiento, siguiendo la lógica única de pago por procedimientos, también induce a la producción de procedimientos que son mejor remunerados.

La demanda y la oferta se han condicionado, de forma significativa, por la forma restricta de entender el objeto de la salud, por la pérdida de la dimensión humana y de la integralidad del cuidado, por el ejercicio de la clínica de poca cobertura, características oriundas de la propia formación de los profesionales de la salud.

Para crear las condiciones de respuesta a las necesidades reales por servicios de salud, la Política de Regulación de la Atención de la Salud debe enfrentar la demanda real y la demanda artificial, considerando la oferta potencial y la oferta existente. En síntesis, debe regular de manera más efectiva la oferta de servicios de salud y la demanda de ellos.

Una estrategia para regular la oferta y la demanda de salud sería constituir los Complejos Reguladores que consisten en organizar el conjunto de acciones de Regulación del Acceso a la Asistencia de manera articulada e integrada, para adecuar la oferta de servicios de salud a la demanda más cerca a las necesidades reales de salud.

Es así que constituir complejos reguladores le permite a los gestores articular e integrar dispositivos de regulación del acceso como centrales de internación, centrales de consultas y exámenes y protocolos asistenciales con otras acciones de control, evaluación y auditoría asistencial, así como a otras funciones de la gestión como programación y regionalización.

La implantación de centrales de internación, consultas y exámenes, para administrar las camas disponibles y la agenda de consultas especializadas y SADTs, demanda un pacto con los prestadores, formalizado en los contratos y la actualización de los registros de establecimientos, profesionales y usuarios. Para estandarizar la solicitud de internaciones, consultas, exámenes y terapias especializadas se exigen protocolos para derivación que deben estar de acuerdo a los más recientes y seguros consensos científicos. Para crear flujos ágiles de referencia, se exige la integración a las acciones de solicitud y de autorización de procedimientos. Al crear el canal para realizar la referencia de una unidad a otra, atendiendo los flujos y protocolos estandarizados, es posible utilizar de forma más adecuada los niveles de complejidad y se facilita el atender la necesidad del usuario de forma oportuna y adecuada.

El organizar los flujos de referencia especializada y contrarreferencia intermunicipal obliga a crear una red jerarquizada y regionalizada, lo que exige más al proceso de regionalización y de Programación Pactada e Integrada.

Los complejos reguladores deben ser implementados de acuerdo a los Planes Directores de Regionalización y al diseño de las Redes de Atención Básica, Atención Especializada de Ambulatorio y Hospitalaria y Atención de las Urgencias. Pueden tener alcance municipal, micro o macro regional, estadual o nacional y ese alcance y respectiva gestión deben ser pactados en un proceso democrático y solidario entre las tres esferas de gestión del SUS.

Todos los municipios deben organizar la regulación del acceso dentro de las directrices de la Regulación de la Atención de la Salud, pero no todos contarán con complejos reguladores. De esta forma, como mínimo, todos los municipios deben organizar una atención básica que pida solicitudes estandarizadas mediante protocolos, derivaciones responsables y adecuadas a los demás niveles de asistencia, según los flujos de referencia establecidos, aunque los establecimientos no estén localizados en su territorio (definiciones del PDR y de la PPI). En esta situación, el municipio desempeñará el papel de autorizador y de unidad solicitante dentro de un complejo regulador, localizado en el municipio que es su polo de referencia.

Regular la oferta y la demanda por medio de acciones de regulación del acceso integradas a las de contrato, control y evaluación asistencial o por medio de un Complejo Regulador deben permitir integrar las acciones de Atención de la Salud, con calidad y equidad.

D) Desarrollar los protocolos asistenciales

En el sector salud, los protocolos asistenciales no son novedad y puede afirmarse que están presentes desde los albores de la Salud Pública y de la Medicina. Los protocolos asistenciales pueden ser definidos como:

- Protocolos clínicos o directrices clínicas, como recomendaciones sistemáticamente desarrolladas con el objetivo de orientar a los médicos y pacientes acerca de los cuidados apropiados de la salud en circunstancias clínicas específicas. De forma semejante pueden extenderse a los demás profesionales de la salud.
- Protocolos de solicitud/autorización como directrices para solicitar y usar de forma adecuada y racional las tecnologías de apoyo para diagnósticos y terapias especializadas, incluyendo medicamentos de alto costo. Como orientadores de los actos profesionales forman parte de los protocolos clínicos; como estandarización de las solicitudes y autorizaciones constituyen acciones de control y regulación asistencial.
- Protocolos de acciones programáticas y estratégicas como organizar el cuidado de determinados agravios o en situaciones de vida, para coordinar e integrar los procesos de trabajo (actividades, saberes y tecnologías) de las diversas categorías, ya sea en un nivel o entre diferentes niveles de asistencia.

Si por un lado podemos hablar de una cierta tradición de estandarización y normalización de actividades al tratar la salud de una colectividad (atención individual con vista a la salud-enfermedad en poblaciones y en las acciones sobre los espacios de vida y trabajo), también se encuentra el modelo de atención individual de la salud decidido conforme las especificidades de cada individuo, del problema de salud presentado, del modo de aprehensión del problema y del manejo terapéutico por cada profesional de la salud. Este modelo de atención individual se guía por la búsqueda de lo normal en contrapunto a lo patológico y en general es poco sensible a las estandarizaciones.

El clásico ejemplo de abordaje patrón de la salud-enfermedad a nivel de los individuos ocurre al formular programas verticales para enfrentar enfermedades infecto-contagiosas (fiebre amarilla, hanseníasis, tuberculosis, mal de chagas, etc.), modelo reproducido al enfrentar enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión, diabetes, cáncer, etc.) y para asistir a grupos poblacionales específicos (niños, mujeres, ancianos y otros). El ejemplo de modelo de atención individual de salud resistente a protocolos corresponde a la práctica de la medicina liberal en consultorios y clínicas (privadas o públicas).

Este breve y general relato pretende mostrar que siempre hubo una cierta tensión entre estipular patrones y normas y la liberación de la práctica clínica, en especial cuando se trata de organizar la atención de la salud.

La regulación, incluida en la Política de Regulación de la Atención de la Salud no pretende resolver las diferencias por imposición, con relación al uso de protocolos asistenciales, sino resaltar que ellos tienen importancia fundamental:

- Como componente de capacitación de los profesionales de la salud.
- Como orientadora de buenas prácticas clínicas en todos los niveles de atención de la salud (básica, media y alta complejidad, de ambulatorio y hospitalaria).
- Como una de las estrategias para la utilización adecuada de tecnologías, así como para sustituir e incorporar otras nuevas.
- Como componente de acciones programáticas que comprobadamente atenúen agravios epidemiológicos significativos y contribuyan a elevar los niveles de salud de poblaciones estratégicas.
- Para la adecuada utilización de la capacidad de respuesta de cada nivel de atención.
- Para la correcta solicitud de exámenes propedéuticos y en la indicación de terapias especializadas.
- Para la adecuada estructuración de flujos de referencia y contra-referencia entre niveles de atención.
- Para la adecuada implantación y funcionamiento de centrales de internación, consultas y exámenes.
- Como requisito para ofrecer atención oportuna, ágil y adecuada a la necesidad del usuario.
- Para contribuir a la adecuación de la oferta de servicios de salud, según la demanda que más se aproxime a las necesidades reales de salud.
- Como orientador de las acciones de Control Asistencial de autorización, supervisión de ambulatorio y hospitalaria.
- Como requisito que puede imprimir calidad a los servicios producidos y servir para evaluarlos.
- Como una de las acciones que contribuya para tener mayor eficiencia, eficacia y efectividad en las acciones de salud, entre otras.

Dada la relevancia de los protocolos asistenciales en la estructuración de la Regulación de la Atención de la Salud, en especial al montar complejos reguladores, el camino necesario será construir, a partir de consensos, protocolos que sirvan para organizar la atención que entiende la salud como un bien inseparable de la vida y un derecho de ciudadanía.

3.2.1.2 - La reorganización de los sistemas de información necesaria para implementar una nueva política de Regulación de la Atención de la Salud.

Los subsistemas de información de atención de la salud que existen hoy, destacando el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB), el Sistema de Información de Ambulatorio (SIA) y el Sistema de Información Hospitalarias (SIH), tienen origen, diseño, base de datos y finalidades distintas y por no adoptar los mismos patrones de registro, tablas y datos, no están integrados.

El SIH y el SIA, herederos de la regulación de los tiempos del INAMPS, se construyeron para responder al control contable-financiero, se prestaron fuertemente para pagar la producción de procedimientos. Ambos dejaron a desear en relación a las informaciones registradas y a la habilitación de los establecimientos para realizar determinados procedimientos; a la programación presupuestaria por establecimiento; a la estandarización y flujo de solicitudes y autorizaciones para realizar procedimientos de media y alta complejidad, siendo así, frágiles herramientas para desarrollar acciones de Control Asistencial. Por lo tanto, los dos sistemas auxilian poco para realizar las acciones de Regulación del Acceso. Y a pesar de tener una voluminosa base de datos, el SIA y SIH no es posible construir indicadores significativos para un proceso de evaluación que interconecte todos los establecimientos y niveles de atención, en especial porque sus bases de datos no están estandarizadas.

Para enfrentar estos y otros problemas relativos a las informaciones pertinentes para desarrollar la Regulación de la Atención de la Salud, es necesario constituir un nuevo Sistema Nacional de Información en Salud que contemple por lo menos tres grandes brazos o subsistemas de información, integrados que confluyan a los mismos patrones de representación de la información, a saber:

- Un Sistema que administre los registros, incluyendo la captura, el procesamiento, la actualización y manutención de la base de datos de usuarios, profesionales y establecimientos. Este subsistema debe formar parte del Sistema de Catastro Nacional de Establecimientos (SCNES) y el Sistema de Cartón Nacional de Salud (SCNS), en

lo que dice relación específicamente al triple registro. Por responder por la base de datos que será usada por los demás subsistemas, es una condición y supuesto para el desarrollo de ellos.

- Sistemas de Regulación del Acceso, o Sistemas del Complejo Regulador que consistirán en el conjunto de subsistemas que operan las centrales informatizadas de camas hospitalarias, consultas y de SADTs, así como las centrales de urgencia como la del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (Samu). El SISREG, sistema que informatiza la central de regulación desarrollado por el Ministerio de Salud desde la gestión anterior, deberá ser modificado para que sea una alternativa dentro de las nuevas directrices de la regulación del acceso, integrado a un nuevo sistema de información de la atención de la salud.
- Un nuevo Sistema de Información de Atención de la Salud que debe no sólo sustituir los principales subsistemas de la Atención de la Salud que existen hoy, a saber: SIAB, SI-API, SIS-PRENATAL, SISVAN, HIPERDIA, SIA y SIH, sino que también superar las deficiencias de cada uno de esos subsistemas, preservando sus puntos positivos y la serie histórica de sus bases de datos. Este nuevo sistema de información de la atención de la salud debe ser diseñado para sustentar dos grandes conjuntos de información en salud:
 - Un conjunto que deberá responder por la información necesaria para planificar, monitorear y evaluar las acciones finales de la atención de la salud en todos los niveles de complejidad. Esas informaciones se construirán con el Registro Esencial de la Atención de la Salud que es la combinación de un conjunto de datos mínimos y esenciales, que obedecen a patrones de representación, de tecnología y de reglas de captura y tratamiento, válidos para todo el territorio nacional.
 - El otro conjunto de informaciones deberá responder por la implementación de acciones más efectivas del Control Asistencial, favoreciendo el desarrollo de acciones de programación por establecimiento, solicitudes estandarizadas, autorizaciones más adecuadas a la necesidad de los usuarios en los niveles más complejos de atención, supervisión de ambulatorio y hospitalaria, así como monitorear y procesar los datos de determinado periodo para efectos de costeo de la producción. El diseño de este nuevo Sistema de Información de Atención de la Salud debe prever y criar los instrumentos para que esas acciones ocurran de modo articulado e integrado, en un *continuum* que permita realizar críticas del control asistencial sin precedentes. Por basarse en la captura de datos esenciales en todos los niveles de atención, incluyendo el catastro único y nacional del usuario, este sistema permitirá el

mapeo del flujo de la atención de cada usuario en la red SUS. El proyecto de este nuevo sistema debe prever abertura en el proceso de solicitud y autorización para integrarse a los sistemas de la regulación del acceso.

La información, más allá de ser una miríada de subsistemas de información que generan un cúmulo de datos de poco uso, debe ser un importante estimulador para implementar las acciones de la Regulación integrada que facilite la Atención de la Salud.

3.2.1.3 - Articular e integrar las acciones de la regulación a la Política de Atención de la Salud

Dar respuesta a las necesidades en el área de la salud no es una tarea directa de la regulación. La regulación como un conjunto de acciones medio que facilitan o dificultan el rumbo de la producción de las acciones de salud en los diversos niveles de atención puede contribuir para dar esa respuesta. Definir el rumbo de la producción le corresponde a la Política de la Atención de la Salud y, si su objetivo es responder a las necesidades en salud de forma integral, se encuentra con la Política de Regulación calcada en el mismo objetivo. Por otro lado, una Política de Regulación que pretenda otorgar cuidado integral debe interactuar con la Política de la Atención de la Salud, con su modelo de atención, con sus puertas de acceso, con la forma de organizar sus niveles de complejidad y de producir sus acciones, a la búsqueda de la integralidad. Una regulación así concebida puede contribuir con el análisis, en el sacar a la luz los nudos presentes en los procesos de atención de la salud, sea básica o especializada.

Una de las formas de producir atención integral de la salud es diseñar las líneas de cuidado. Ellas representan una estrategia que permite conducir libre y oportunamente a los usuarios por las modalidades de prevención, diagnóstico y terapéutica, como respuesta a sus necesidades. Las líneas de cuidado deben garantizarle a las personas la producción articulada de acciones de atención, con un flujo ágil y relajado en cada nivel de atención y entre ellos, garantizando una referencia y contrarreferencia responsables hasta que los individuos se recuperen o hasta que tengan autonomía en su forma de vida.

La Política de Regulación articulada e Integrada a la Política de Atención de la Salud debe cumplir su parte para ejecutar las líneas de cuidado; en otras palabras, una Política de Regulación calcada en el cuidado integral debe implementar las acciones medio que permitan que las acciones de atención ocurran, estableciendo: por medio de contratos con los prestadores la producción calificada de acciones y servicios; la estandarización de las solicitudes de exámenes, terapias e internaciones; que las autorizaciones sean realizadas de manera relajada y ágil, garantizando la referencia; que todos los usuarios

derivados - para consulta, terapia o examen - de un nivel de atención a otro, tengan asegurado el local, profesional y horario de atención, así como cama hospitalaria, de acuerdo al problema de salud y la complejidad tecnológica de la respuesta exigida; que todos los procedimientos ejecutados sean monitoreados en relación a la adecuación, necesidad de procedimientos complementarios, realización, calidad y justo costo. En fin, la regulación debe articular una serie de acciones medio que contribuya para que el usuario pueda recorrer un flujo continuo respaldado por responsabilidades, en los diversos niveles de atención, según sean sus necesidades de prevención, recuperación o necesidad de autonomía en su forma de vivir.

3.2.2 - Propuestas para implementar la Política Nacional de Regulación

Mantener el proceso interno en el DRAC, con todas las coordinaciones, para perfeccionar e implementar las directrices de la Política de Regulación.

- Presentar y discutir la propuesta de reformulación de la Política Nacional de Regulación con los demás departamentos de la Secretaría de Atención de la Salud y con otras Secretarías del Ministerio de Salud.
- Integrar la discusión de reformulación de la Política de Regulación de la Atención de la Salud con el proyecto de Monitoreo, Evaluación y Control de las acciones y de los recursos financieros transferidos a estados, municipios e instituciones en el ámbito del SUS.
- Presentar y discutir la propuesta para reformular la Política Nacional de Regulación al Consejo Nacional de Secretarios Estadales de salud - CONASS, Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud - CONASEMS, Secretaría estadual de salud - SES y Secretaría Municipal de Salud - SMS.
- Elaborar un Pacto de Directrices de Regulación Pública sobre el Sector Salud - Regulación sobre Sistemas y la Atención de la Salud, con participación del CONASS y CONASEMS, sometido a la CIT y al Consejo Nacional de Salud, a ser implementado como parte integrante de sus Planes de Salud.
- Estimular y apoyar de forma sustantiva la implementación de las acciones de regulación de la atención de la salud en gestión plena, aunque al inicio se resuma a las acciones de Control Asistencial. Son ampliamente conocidos los ejemplos de gestiones municipales que, por el hecho de estructurar su regulación bajo los principios del interés público, obtuvieron una reducción en el número de internaciones, facilidades para acceder a diversos niveles, disminución de desvíos y fraudes,

generaron un superávit de topes financieros estimulando nuevas inversiones y una mejor distribución de los recursos, entre otros beneficios.

- Elaborar un rol de indicadores basados en los datos del SIA y SIH, de forma que se analice y evalúe la actuación de los gestores en las acciones de control de ambulatorio y hospitalaria.
- Hacer un levantamiento de todas las normas, decretos ministeriales e instrucciones referentes a las acciones de Control, realizando un análisis de las coherencias, contradicciones, validez, para organizar un cuerpo sistematizado por temas, acciones y competencias de las esferas de gestión, con el objeto de construir un Cuaderno de Control y con la definición de la nueva Política de Regulación, de un Cuaderno de Regulación de la Atención de la Salud.
- Constituir un banco de datos y divulgar las prácticas innovadoras en complejos reguladores.
- Diseminar a medio y largo plazo las acciones de regulación del acceso a la asistencia a todos los gestores.
- Desarrollar los protocolos asistenciales.
- Inducir la implantación de Complejos Reguladores, a través de líneas de transferencia financiera para inversión, entrenamientos y capacitaciones.
- Desarrollar e implementar un proyecto de evaluación, como proceso sistemático y continuo, contando con nuevas acciones de Control Asistencial y de Regulación del Acceso.
- Asesorar para regular los contratos en conformidad a las directrices de la Política de Regulación de la Atención de la Salud.
- Construir y ofrecer módulos de capacitación, articulados con la SEGTS y DENASUS, sobre Control Asistencial/Auditoría Operacional y Regulación del Acceso.
- Estimular la creación de proyectos en acción conjunta con las áreas de Control, Regulación del Acceso y Auditoría Asistencial.
- Desencadenar el proceso de desarrollo del nuevo Sistema de Informaciones de la Atención de la Salud donde se incluya la Unificación de la Tabla de procedimientos SAI y SIH y la descentralización del Sistema de Informaciones Hospitalarias.

4. RESULTADOS ALCANZADOS – 2003 A 2006

■ 4.1 Regulación en el Pacto de Gestión

El Pacto de Gestión aprobado por el Decreto Ministerial GM N° 399, del 22 de febrero de 2006, define las responsabilidades sanitarias del gestor municipal, del gestor estadual y del gestor federal del SUS y establece las directrices de la gestión del sistema para la Descentralización, Regionalización, Financiamiento, Programación Pactada e Integrada - PPI, Regulación, Planificación, Participación Social y Gestión del Trabajo y Educación para la Salud.

Los conceptos de regulación, para efectos de las directrices del pacto, son los siguientes:

Regulación de la Atención de la Salud y Regulación Asistencial

La Regulación de la Atención de la Salud tiene como objeto la producción de todas las acciones directas y finales de la atención de la salud dirigida a los prestadores de servicios de salud, sean públicos o privados. Las acciones de la Regulación de la Atención de la Salud comprenden la Contratación, Regulación del Acceso a la Asistencia o Regulación Asistencial, Control Asistencial, Evaluación de la Atención de la Salud, Auditoría Asistencial y las reglamentaciones de la Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria.

Regulación del Acceso a la Asistencia o Regulación Asistencial - conjunto de relaciones, saberes, tecnologías y acciones que intermedian la demanda de los usuarios a los servicios de salud y el acceso a ellos.

Complejos Reguladores - una de las estrategias de la regulación asistencial - consiste en articular e integrar las Centrales de Atención Pre-hospitalarias y de Urgencias, Centrales de Internación, Centrales de Consultas y Exámenes, Protocolos Asistenciales a la contratación, control asistencial y evaluación, así como a las otras funciones de la gestión como programación y regionalización. Los complejos reguladores pueden tener alcance intra-municipal, municipal, micro o macro regional, estadual o nacional y el alcance y respectiva gestión, pueden ser pactadas en un proceso democrático y solidario, entre las tres esferas de gestión del SUS.

Como principios orientadores del proceso de regulación se establece que:

- Cada prestador responde sólo a un gestor.
- La regulación de los prestadores de servicios debe ser de preferencia el municipio, según sea el diseño de la red de asistencia pactado en la CIB, cumpliendo el Término de Compromiso de Gestión del Pacto y los siguientes principios:
 - a) descentralización, municipalización y comando único;
 - b) búsqueda de la escala adecuada y la calidad;
 - c) considerar la complejidad de la red de servicios locales;
 - d) considerar la efectiva capacidad de regulación;
 - e) considerar el diseño de la red estadual de asistencia;
 - f) la primacía del interés y satisfacción del usuario del SUS.
- La regulación de las referencias intermunicipales está bajo la responsabilidad del gestor estadual que se expresa en la coordinación del proceso de construcción de la programación pactada e integrada de la atención en salud, del proceso de regionalización y del diseño de las redes.
- La operación de los complejos reguladores en lo que se refiere a la referencia inter-municipal debe ser pactada en la CIB y puede ser operada de las siguientes formas:
 - Por el gestor estadual que se relacionará con la central municipal que ejecuta la gestión del prestador.
 - Por el gestor estadual que se relacionará directamente con el prestador cuando esté bajo gestión estadual.
 - Por el gestor municipal, en co-gestión con el estado, representando a los municipios de la región.
- Los modelos diferentes de los ítems mencionados antes deben ser pactados con la CIB y homologados por la CIT.

Las metas del Pacto a un año plazo:

- Contratar todos los prestadores de servicios.
- Regulación de todas las camas hospitalarias y servicios ambulatoriales contratados.
- Extinguir el pago de servicios de profesionales médicos por medio del código 7.

■ 4.2 Publicación de la Política Nacional de Regulación

Después del pacto triple, será publicado un decreto ministerial para instituir la Política de Regulación que será implantada en todas las unidades federadas, respetando las competencias de las tres esferas de gestión, fundamentadas en los siguientes ejes:

- I - implantación e implementación de complejos reguladores;
- II - implantación descentralizada de sistemas informatizados de regulación;
- III - institución de directrices para contratar servicios asistenciales en el ámbito del SUS y
- IV- capacitación y educación continuada de los equipos gestores estatales y municipales, así como de los demás entes envueltos en el proceso, para operar las acciones de regulación.

Los principales factores que justificaron la propuesta e esta política para el SUS:

- Necesidad de fortalecimiento de las estructuras de Regulación, Control y Evaluación en los estados y municipios.
- Constantes solicitudes de apoyo técnico y financiero para implantar Complejos Reguladores en los estados y municipios.
- Movimiento creciente en el país de regulación asistencial sin uniformidad en las acciones reguladoras.
- Aumento de la dificultad para acceder, de forma organizada a la asistencia de media y alta complejidad.
- Aumento de la demanda de centrales de regulación resultante de la implantación creciente del SAMU.
- Establecimiento del Pacto por la Salud, cuyo Pacto de Gestión tiene a la regulación como uno de sus ejes.

El contenido de los decretos ministeriales mencionados y del Manual de Orientación para Complejos Reguladores consta en el CD-ROM adjunto.

■ 4.3 Contratación de Servicios de Salud en el SUS

Las nuevas directrices de contratación de prestadores privados de servicios de salud por gestores del SUS pasaron a ser un preámbulo relevante de la nueva Política de Regulación, constituida, después de discusiones con la representación de Órganos de Control Externo en la reformulación de la normalización del sector y de la exigencia de contratación de prestadores, en el plazo de un año, estipulado en la PT/GM n° 399/2006 Pacto de Gestión.

Más que un mero cumplimiento burocrático, los contratos deben ser construidos como un pacto entre gestores del SUS y los prestadores de servicios públicos y privados con o sin finalidad lucrativa. Deben ser fruto de un análisis situacional de la oferta pública de servicios y de un proceso de planificación con miras a las reales necesidades de la población, que vise garantizar el acceso de la población a una red de servicios eficiente, eficaz y calificada, a través de mecanismos de ordenamiento de flujos. Esas premisas mínimas están incluidas como reglas que serán establecidas por instrumentos contractuales, además de la observación de las reglas específicas en la legislación del SUS.

El decreto ministerial que trata de la participación complementaria de los servicios privados de asistencia de la salud en el SUS, instituye las directrices para contratar servicios asistenciales. En su adjunto incluye el Manual de Orientación para Contratar Servicios de Salud para el SUS, que también puede ser consultado en el CD-ROM.

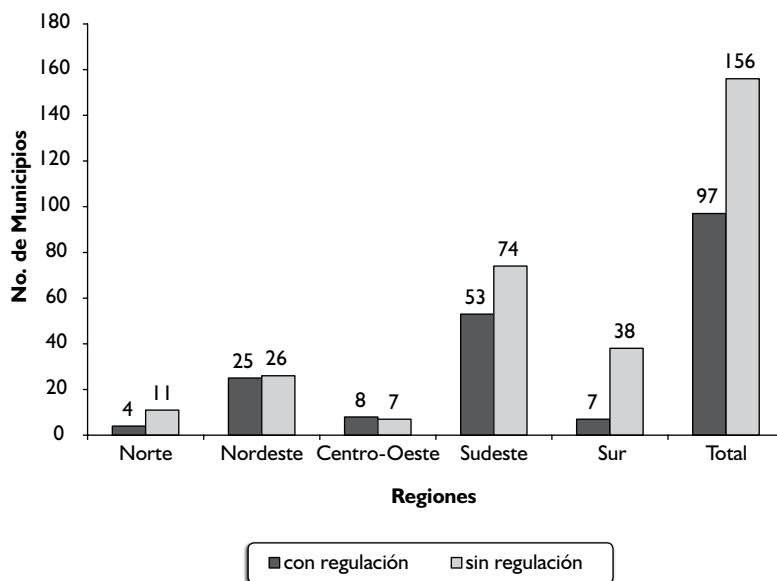
■ 4.4 Situación de los Complejos Reguladores en Brasil

Vale resaltar que la realidad nacional en relación a la organización de los complejos reguladores es muy heterogénea y que se han realizado acciones iniciales, pero incompletas, para estructurar los complejos reguladores. A la evolución de las tradicionales Unidades de Control y Evaluación (UAC) se suma el esfuerzo para implantar las Centrales de Regulación del Acceso. La regulación del acceso, de forma experimental, fue estructurada desde mediados de la década pasada, fruto del avance de la descentralización de la gestión y de la organización de redes de atención, destacándose las actividades realizadas en el Estado de Minas Gerais, para regular las consultas y exámenes y en el Estado de São Paulo, restringidas a las emergencias.

Al analizar la evolución de las experiencias en términos de regulación en estos diez años constatamos que el proceso todavía es incipiente, pero las primeras experiencias están reproduciéndose en todo Brasil, como se puede ver en el gráfico a continuación,

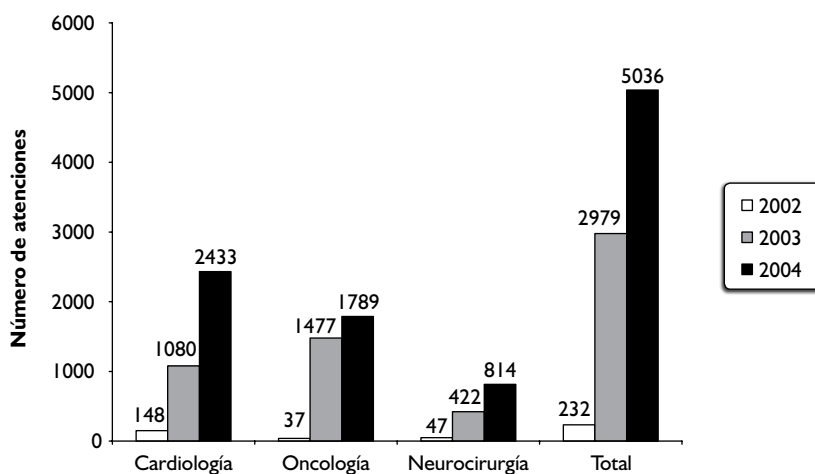
sobre las centrales de regulación en municipios con más de 100.000 habitantes realizado en agosto de 2005, por la Coordinación de Regulación y Evaluación del Departamento de Regulación, Control y Evaluación del Ministerio de Salud (gráfico 1). Sólo el 38% de los municipios estructuraron procesos de regulación del acceso y, en la mayoría de los casos, restringidos a centrales de búsqueda activa de cupos.

Gráfico 1 - Porcentaje de municipios con más de 100 mil habitantes con estructura de regulación de acceso, por región. Brasil, agosto 2005



Al analizar la evolución de la regulación del acceso a la asistencia, cabe destacar la consolidación de la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad, iniciada en 2002 por el Ministerio de Salud, para garantizar el acceso a determinados procedimientos de alto costo y complejidad, disponibles en centros urbanos con mayor densidad tecnológica en salud, para pacientes en cuyo estado de origen no existe esa oferta. Estas centrales están presentes en todas las secretarías estatales de salud y la evolución del número de atenciones facilitada por la regulación ínter estadual se observa a continuación (gráfico 2).

Gráfico 2 - Número de atenciones realizadas pela CNRAC, por especialidad y ano de ejecución. Brasil, 2002 - 2004



En un estudio reciente sobre complejos reguladores, 67 de los 74 municipios con más de 250 mil habitantes hay necesidad de reforzar la integración de las centrales de regulación con otras acciones de programación, control y evaluación. El informe completo del estudio se encuentra en el CD ROM adjunto, resaltando en este texto sólo los principales resultados.

Al analizar la planificación de la regulación a partir de la creación de proyectos específicos y de sus características se constata que el 70,1% de los entrevistados posee planes o proyectos de regulación de consultas y exámenes especializados y el 13,4% está elaborando propuestas en ese sentido, llegando en ambos casos a casi el 85% del total, lo que demuestra la importancia que se le atribuye a los procesos reguladores en esta área de la atención de la salud. En seguida, el 64,2% de los entrevistados declaró tener planes o proyectos para regular las urgencias y las emergencias y el 9,0% declara estar preparando proyectos para esa finalidad. Se cree, en este caso, que la política federal de incentivar la organización de los SAMU - Servicio de Atención Médico de Urgencias - haya tenido un peso decisivo dado la alta importancia que le atribuyen a esta modalidad. Se destaca el 56,7% de los entrevistados que dijo tener proyectos para regular las internaciones hospitalarias y el 43,3% con proyectos para regular la atención de partos.

Por otro lado, el 38,8% de los municipios investigados declara poseer un proyecto estructurado para evaluar los servicios, mientras que el 10,4% declara estar elaborándolos. Se trata de una proporción por debajo de lo esperado en vista de las responsabilidades

asumidas en el proceso de habilitación, especialmente tratándose de la GPSN, una vez que, desde la NOB N° 01/93, esa función se exige como requisito, la que fue reafirmada en la NOB N° 01/96 y en la NOAS 2001/2002.

Finalmente, el 35,8% afirmó que tenían proyectos para implantar protocolos asistenciales y el 11,9% está en fase de elaboración de proyectos del mismo tipo. Sin embargo, estos resultados pueden ser leídos de otra forma: el 49,3%, o sea, cerca de mitad de los municipios brasileños, entre capitales estaduais y los de población con más de 250.000 habitantes, no posee y no está elaborando proyectos para estandarizar conductas asistenciales. El análisis bajo este punto de vista señala la necesidad de crear políticas de capacitación y cooperación técnica para racionalizar la demanda de procedimientos con mayor complejidad.

Otro aspecto crucial que surge del análisis es la coherencia entre los parámetros definidos para los planes o proyectos elaborados y la distribución de los límites físicos y financieros definidos, en la Programación Pactada e Integrada, que se transformó en un instrumento de gestión obligatorio para habilitar estados y municipios. Como se esperaba, en la mayoría de los casos - 64,2% - los planes o proyectos de regulación se elaboraron de acuerdo a la PPI. En el 17,9% este requerimiento está pendiente, ya que la PPI está en revisión y en sólo el 11,9% de los casos la PPI no fue considerada. En este último caso, es plausible tener dudas de la calidad del proceso de regulación asistencial, una vez que es en la PPI que se describen las referencias para derivar a los usuarios entre municipios, así como los límites para hacerlo, o sea, los parámetros esenciales para el acceso asistencial en sistemas regionalizados de salud.

Sobre los niveles de alcance de la actividad reguladora prevista en los planes o proyectos que existen en los municipios, la investigación señala los siguientes resultados: en el 70,1% de los proyectos, las centrales realizaron una autorización y agendaron uno de los procedimientos autorizados. El 53,7% realizó una búsqueda de cupos para internación y el 43,3% reservó camas hospitalarias para internaciones electivas. El ordenar la realización de procedimientos en ambulatorios o abertura de camas hospitalarias para prestadores del SUS, previsto en 49,3% y 26,9% de los proyectos, respectivamente, implica realizar un ejercicio más completo de la función reguladora, una vez que supone una intervención en la estructura de oferta de servicios, sea propia o contratada, para contar con la alternativa de asistencia más adecuada a las necesidades del ciudadano. Un hecho interesante es que en el 25,4% de los municipios investigados, o sea, la cuarta parte de ellos, la función reguladora se extiende a los prestadores privados no contratados, demostrando que los gestores comprenden que la salud es un bien público

inalienable, lo que implica una capacidad de regulación que va más allá de la propia red y de la contratada.

La condición necesaria para potenciar el funcionamiento de los instrumentos de regulación previstos, especialmente los que envuelven recursos de informática, son las bases de datos estratégicas para realizar esta función. Observando la frecuencia de los municipios que reúnen las mínimas condiciones deseables, los datos indican que el 91,0% de los entrevistados informó que las fichas del Catastro Nacional de Establecimientos de Salud o CNES se encuentran actualizadas. Para el 62,7% de los entrevistados, los registros del Cartón Nacional de Salud están completos por lo menos, para la mitad de la población, lo que es preocupante porque ese dato indica que algo ocurre con la capacidad de regulación de los demás, ya que en el 37,3% ello no ocurre.

Vale recordar que la identificación de los ciudadanos en los servicios de referencia, que generalmente se encuentran en municipios con más de 250.000 habitantes y el Distrito Federal, constituye un elemento estratégico del proceso regulador porque permite controlar la ejecución de los pactos firmados en la PPI. Por fin, sólo el 55,2% de los entrevistados relató que los límites físicos y financieros de la PPI son revisados regularmente. Este último dato también es preocupante, puesto que al analizarlo de forma opuesta, significa que para casi la mitad de los entrevistados no existe una revisión regular de la PPI, o sea, no ocurre una condición fundamental para que se ajuste y refina, de forma permanente, a fin de que se aproxime gradualmente a las necesidades de la población. Si consideramos que la revisión de la PPI envuelve un proceso de producción de información, análisis y repacto entre los gestores locales, se entenderá que ello no ha venido ocurriendo para casi la mitad de los investigados.

Por otro lado, el análisis de las iniciativas de regulación en la muestra de municipios que indican inversiones efectivas en la red física, equipos, informática y recursos humanos, entre otros aspectos, revela el nivel de valorización que los gestores locales le atribuyen a la función reguladora y apunta la heterogeneidad de su incorporación actual.

Los resultados obtenidos de forma separada, por área asistencial o acción reguladora y su grado de informatización se describen a seguir:

Internaciones electivas

La tabla 1 nos presenta el cuadro general de la existencia de centrales de regulación del acceso a internaciones electivas y se constata que el 32,8% de los municipios posee centrales de internación que utilizan herramientas de informática, mientras que el 9,0%

utiliza un procedimiento manual. Más de la mitad de los investigados no posee centrales para internaciones electivas, lo que sugiere la necesidad de ejecutar acciones para crear procesos para que el gestor del SUS dirija recursos para este tipo de atención.

Tabla 1 - Municipios con más de 250 mil habitantes, con Centrales de Regulación para internaciones electivas, utilizando o no recursos de informática. Brasil, 2006

CENTRAL DE REGULACIÓN PARA INTERNACIONES ELECTIVAS	N	%
Si, informatizado	22	32,8
Si, manual	6	9,0
No	34	50,7
Sin respuesta	5	7,5
Total	67	100,0

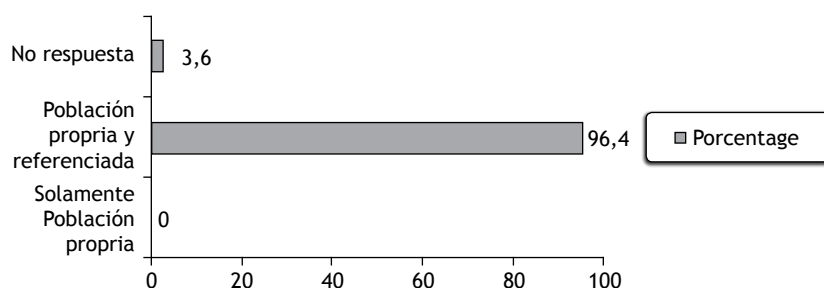
Si comparamos esas informaciones por región geográfica, excepto la región Centro-Oeste, sorprendentemente, se observa la existencia de un nítido patrón en las demás regiones: cerca de un tercio de los municipios investigados tiene centrales de regulación para internaciones electivas utilizando procesos informatizados, con raros casos en que se utilizan procedimientos manuales y la mitad, o poco más de la mitad, no dispone de este instrumento de regulación (tabla 2).

Tabla 2 - Municipios con más de 250 mil habitantes, con Centrales de Regulación para internaciones electivas, utilizando o no recursos de informática, por región geográfica. Brasil, 2006

REGIÓN	CENTRAL DE REGULACIÓN PARA INTERNACIONES ELECTIVAS									
	Si, informatizado		Si, manual		No		No sabe/Sin respuesta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro Oeste	1	20,0	3	60,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0
Norte	3	33,3	0	0,0	5	55,6	1	11,1	9	100,0
Nordeste	5	35,7	1	7,1	8	57,1	0	0,0	14	100,0
Sur	3	30,0	0	0,0	5	50,0	2	20,0	10	100,0
Sudeste	10	34,5	2	6,9	15	51,7	2	6,9	29	100,0
BRASIL	22	32,8	6	9,0	34	50,7	5	7,5	67	100,0

A nivel nacional, entre los municipios donde se utilizan centrales, el 96,4% de los entrevistados lo hace para la población propia y para la población referenciada de otros municipios, lo que confirma el peso de la regionalización en el alcance geográfico de las centrales (gráfico 3).

Gráfico 03 - Origen de la población atendida en las centrales de internaciones electivas en municipios con más de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



Internaciones de urgencia

Sobre la existencia de centrales de regulación del acceso para internaciones de urgencia, los datos nos muestran que cerca del 56,7% realiza una búsqueda de vacantes para este tipo de atención. El 32,8% utiliza herramientas de informática, mientras que el 23,9% ejecuta estas funciones por medio de procedimientos manuales. Este perfil se distingue de las internaciones electivas, una vez que el porcentaje de centrales que utiliza procedimientos manuales es significativamente mayor, aspecto que requiere atención del punto de vista del desarrollo de políticas que favorezcan el incorporar herramientas que hagan los procedimientos más eficientes. El 38,8% que no buscó vacantes, seguramente ejerce un precario control sobre las camas hospitalarias que ofrece el SUS.

Tabla 3 - Municipios con más de 250 mil habitantes, que buscan cupos para internaciones de urgencia, utilizando o no recursos de informática. Brasil, 2006

BÚSQUEDA de CUPOS para internación de urgencia	N	%
S, informatizado	22	32,8
Si, manual	16	23,9
No	26	38,8
Sin respuesta	3	4,5
Total	67	100,0

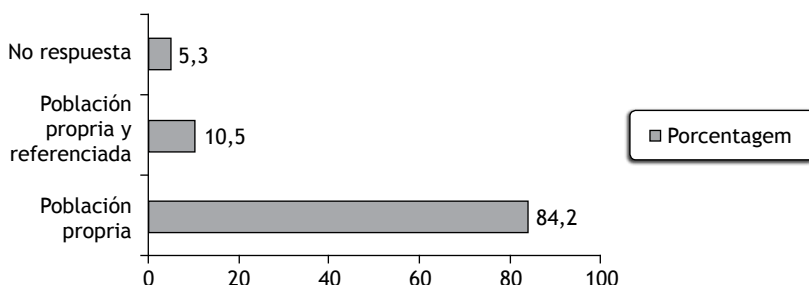
Al comparar grandes regiones geográficas en este aspecto (tabla 4), se observa una situación bastante distinta de la encontrada en el caso de las internaciones electivas. No hay un patrón definido para caracterizar las centrales que realizan una búsqueda de cupos para internaciones de urgencia. Sólo en las regiones Sur y Sureste se presentan algunas semejanzas, con similar proporción de municipios con centrales informatizadas - 30,0% y 31,0% - y centrales manuales con 40,0% y 34,5%, respectivamente. Las regiones que presentan mayor proporción de municipios con centrales informatizadas fue la región Centro-Oeste, con 60,0% y la región Norte, con 44,4%. Vale resaltar que la región Noreste presenta la mayor proporción de municipios donde no existe ningún servicio que busque vacantes para internaciones de urgencia: 64,3%. Agregamos que la región Noreste concentró catorce (14) de los sesenta y siete (67) municipios de la muestra investigada, lo que revela la necesidad de explorar un campo importante que debe ser priorizado para ampliar la capacidad de regulación del acceso a la asistencia hospitalaria por el SUS.

Tabla 4 - Municipios con más de 250 mil habitantes, que buscan vacantes para internaciones de urgencia, utilizando o no recursos de informática, por región geográfica. Brasil, 2006

REGIÓN	BÚSQUEDA DE CUPOS PARA INTERNACIÓN DE URGENCIA									
	Si, informatizado		Si, manual		No		No sabe/Sin respuesta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro-Oeste	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0
Norte	4	44,4	0	0,0	4	44,4	1	11,1	9	100,0
Nordeste	3	21,4	2	14,3	9	64,3	0	0,0	14	100,0
Sur	3	30,0	4	40,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0
Sudeste	9	31,0	10	34,5	9	31,0	1	3,4	29	100,0
BRASIL	22	32,8	16	23,9	26	38,8	3	4,5	67	100,0

A nivel nacional, el 84,2% de los entrevistados declaró que realizaba una búsqueda de vacantes para internar población propia y población referenciada de otros municipios, mientras que sólo el 10,5% lo hace sólo para la población propia. El 5,3% de los entrevistados no respondió a la pregunta (gráfico 4).

Gráfico 04 - Origen de la población atendida en las centrales de urgencia en municipios con más de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



Consultas especializadas

En la tabla 7 se registra que cerca del 70% de los municipios organizó centrales para marcar consultas especializadas y el 50,7% de ellos utilizó recursos de informática, persistiendo 19,4% que realiza procedimientos manuales para hacerlo. A la luz de los datos podemos percibir que estamos ante una de las actividades de regulación que más se ha valido de los recursos de la informática y por otro, se detecta, más una vez, una parcela significativa que está excluida de estos recursos (tabla 5).

Tabla 5 - Municipios con más de 250 mil habitantes, con centrales de marcación de consultas especializadas, utilizando o no recursos de informática. Brasil, 2006

CENTRAL DE MARCACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS	N	%
S, informatizado	34	50,7
S, manual	13	19,4
No	17	25,4
Sin respuesta	3	4,5
Total	67	100,0

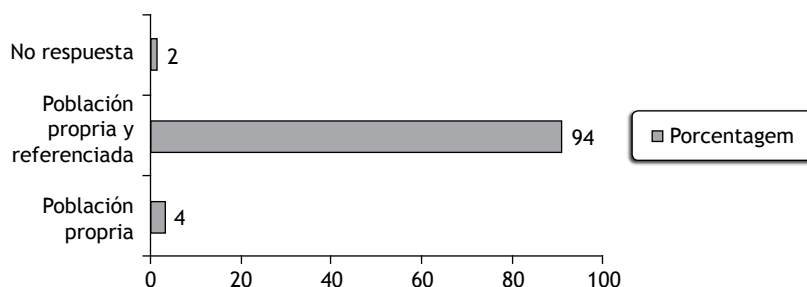
La distribución de los datos por región geográfica muestra que la proporción de municipios con centrales para marcar consultas especializadas, de forma informatizada, varió entre el 50,0% y el 60,0% en todas las regiones, excepto en la región Norte, donde llegó a sólo un tercio de los municipios (tabla 6). La presencia de centrales con procedimientos manuales, que amerita el realizar inversiones para tener una mayor eficiencia en el control, proporcionalmente se encuentra en la región Sur (30,0%), región Norte (22,2%) y región Sureste (20,7%). La mayor proporción de municipios sin centrales se encuentra en la región Centro-Oeste (40,0%) y nuevamente, en la región Noreste (35,7%).

Tabla 6 - Municipios con más de 250 mil habitantes, con centrales para marcar consultas especializadas, utilizando o no recursos de informática, por región geográfica. Brasil, 2006

REGIÓN	CENTRAL DE MARCACIÓN DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS									
	Si Informatizado		Sí Manual		No		No sabe/No respondió		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro Oeste	3	60,0	0	0,0	2	40,0	0	0,0	5	100,0
Norte	3	33,3	2	22,2	3	33,3	1	11,1	9	100,0
Nordeste	7	50,0	2	14,3	5	35,7	0	0,0	14	100,0
Sur	5	50,0	3	30,0	1	10,0	1	10,0	10	100,0
Sudeste	16	55,2	6	20,7	6	20,7	1	3,4	29	100,0
BRASIL	34	50,7	13	19,4	17	25,4	3	4,5	67	100,0

A nivel nacional, el 93,6% de los entrevistados informó que agendan consultas especializadas para la población propia y referenciada; sólo para la población propia corresponde al 4,3% de los casos (gráfico 5).

Gráfico 05 - Origen de la población atendida en las centrales de consultas especializadas en municipios con más de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



Exámenes y otros procedimientos especializados

Sobre la existencia de centrales para marcar exámenes y otros procedimientos especializados, las informaciones resumidas se encuentran totalizadas en la tabla siguiente, donde se constata que casi el 60% de los municipios utilizan centrales y de ellos, el 35,8% utiliza herramientas de informática, contratados por el 23,9% que realiza procedimientos manuales. En este caso, al comparar los datos con los de las centrales para

marcar consultas especializadas, nos encontramos con menor utilización de recursos de informática.

Tabla 7 - Municipios con más de 250 mil habitantes, que poseen centrales para marcar exámenes y otros procedimientos, utilizando o no de recursos de informática. Brasil, 2006

Central de marcación de exámenes y procedimientos especializados	n	%
Si, informatizado	24	35,8
Si, manual	16	23,9
No	24	35,8
Sin respuesta	3	4,5
Total	67	100,0

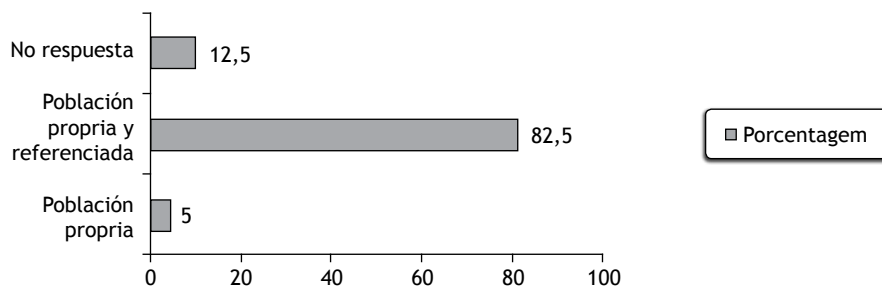
La tabla 8 que muestra la distribución de los municipios por región geográfica señala que la proporción de centrales informatizadas varió entre poco más del 30% a 40% entre las regiones, excepto la región Sur, donde fue de sólo 20,0%, la que, sin embargo, supera con holgura la proporción de centrales que utilizan procedimientos manuales (40,0%), seguida por la región Sureste (31,0%). La mayor proporción de municipios donde no existen centrales para marcar exámenes y otros procedimientos especializados se encuentra en la región Centro-Oeste y Noreste, con 60,0% y 57,1%, respectivamente.

Tabla 8 - Municipios con más de 250 mil habitantes, con centrales para marcar exámenes y otros procedimientos, utilizando o no recursos de informática, por región geográfica. Brasil, 2006

REGIÓN NATURAL	CENTRALES DE MARCACIÓN DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALIZADOS									
	Sí Informatizado		Sí Manual		No		No sabe/No respondió		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro Oeste	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0
Norte	3	33,3	2	22,2	3	33,3	1	11,1	9	100,0
Nordeste	5	35,7	1	7,1	8	57,1	0	0,0	14	100,0
Sur	2	20,0	4	40,0	3	30,0	1	10,0	10	100,0
Sudeste	12	41,4	9	31,0	7	24,1	1	3,4	29	100,0
BRASIL	24	35,8	16	23,9	24	35,8	3	4,5	67	100,0

A nivel nacional, el gráfico 6 muestra que, de los que utilizan este instrumento, el 5,0% agenda estos procedimientos sólo para la población propia, mientras que el 82,5% lo hace para la población propia y población referenciada de otros municipios.

Gráfico 06 - Origen de la población atendida en las centrales de exámenes en municipios con más de 250 mil habitantes. Brasil, 2006



■ 4.5 Protocolos asistenciales

Entre los componentes de la acción reguladora, el elemento ordenador y orientador del flujo de la asistencia es la actividad central de la regulación del acceso, y el hecho de establecer reglas estandarizadas de este flujo es parte fundamental para estructurarla. En la práctica, la acción reguladora puede ser considerada como el proceso de evaluación de las solicitudes de procedimientos, realizada por un profesional de regulación y, en ella, deben ser observadas además de los temas clínicos, el cumplir los protocolos establecidos para ofrecer siempre la alternativa de asistencia más adecuada para cada caso.

La acción reguladora puede ser ejecutada por un profesional competente siempre que esté capacitado de la debida forma, que trabaje de preferencia, a la luz de los protocolos de asistencia y de regulación. Con todo, la podrá ejercer un profesional médico cuando se trate de atenciones de urgencia y de procedimientos que exijan autorización, por medio de la Autorización de Internación Hospitalaria - AIH y de la Autorización de Procedimientos de Alta Complejidad/Costo (APAC).

Los protocolos de regulación (u operacionales) son instrumentos para ordenar el flujo de derivaciones, que cualifican el acceso y permiten la atención integral del paciente, ordenando su accionar entre los niveles de complejidad de la atención. Esos últimos están contenidos por aquellos.

Los protocolos de asistencia insieren la práctica de la medicina basada en evidencias, para facilitar las decisiones terapéuticas; los protocolos de regulación orientan en relación a lo que le compete a los niveles de atención, observando el grado de complejidad y resolución de cada uno de ellos. Este último, aunque sea más específico, está incluido en el primero.

El estudio de la situación de los complejos reguladores en los municipios con más de 250.000 habitantes indica que la utilización de protocolos asistenciales es incipiente cuanto a establecer complejos reguladores. A pesar de la racionalidad derivada del uso de conductas asistenciales estandarizadas basadas en evidencias, su efectiva utilización como práctica e instrumento de eficiencia en nuestro medio, todavía no se ha consolidado. Luego, en este campo de actuación, el desafío es enorme.

Los resultados del estudio revelan que el 35,8% de los municipios tienen proyectos para implantar protocolos asistenciales y el 11,9% está en fase de elaboración de los proyectos. Esta información también podría ser leída de otra forma: el 49,3%, o sea, cerca de mitad de los municipios brasileños, entre capitales de estados aquellos con población superior a 250.000 habitantes no poseen y no están elaborando proyectos para estandarizar las conductas asistenciales. El análisis bajo este punto de vista indica la necesidad de crear políticas de capacitación y cooperación técnica que contribuyan para racionalizar la demanda.

En un análisis del conjunto, es digno de nota el contraste entre, por un lado, como los municipios valorizan las centrales para marcar y agendas consultas y exámenes especializados y, por otro, la relativa falta de preocupación por organizar protocolos de regulación que, a diferencia de las centrales de marcación, organizan el propio flujo de solicitudes de procedimientos, inclusive antes que lleguen a las centrales.

El análisis de este tema demostró las mayores discrepancias entre las regiones brasileñas. Mientas las regiones Sur y Sureste tuvieron las mayores frecuencias de municipios con proyectos para implantar protocolos asistenciales - 60,0% y 48,3% respectivamente - en las regiones Nordeste y Norte los porcentajes llegaron a sólo 7,1% y 11,1%. Además de las dos últimas regiones, hay que registrar que en la región Centro-Oeste también la frecuencia de municipios sin proyectos contemplando protocolos asistenciales es igual

o mayor al 60%. Estos datos sugieren que hay que revertir este cuadro a nivel nacional con una política con fuerte presencia en las tres últimas regiones (tabla9).

Tabla 9 - Municipios con más de 250 mil habitantes, con planes o proyectos contemplando protocolos asistenciales, por región geográfica. Brasil, 2006

REGIÓN	PROTOCOLOS ASISTENCIALES									
	Sí		En construcción		No		No sabe/Sin respuesta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Centro Oeste	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0
Norte	1	11,1	1	11,1	6	66,7	1	11,1	9	100,0
Nordeste	1	7,1	4	28,6	9	64,3	0	0,0	14	100,0
Sur	6	60,0	0	0,0	3	30,0	1	10,0	10	100,0
Sudeste	14	48,3	3	10,3	12	41,4	0	0,0	29	100,0
BRASIL	24	35,8	8	11,9	33	49,3	2	3,0	67	100,0

Al observar la utilización de los protocolos en la práctica actual de los municipios investigados, cerca del 61,2% afirmó que tenía protocolos asistenciales para regular las derivaciones de atención a otros procedimientos.

Sin embargo, al observar la tabla 10, la proporción varía significativamente entre las regiones geográficas. La mayor proporción se verifica en la región Sur, Sureste y Noreste - 70,0%, 69,0% y 64,3% respectivamente - mientras que en la región Centro-Oeste alcanzó al 40% y, en la región Norte a sólo 33,3%. Ello, a pesar de nuestra sospecha de que, por "protocolos de Regulación", los respondientes entendieron cosas bastante diferentes - eventualmente para unos puede significar el conjunto de procedimientos para tratar una enfermedad; para otros algunos criterios para autorizar determinado procedimiento especializado; u orientaciones sobre qué hacer y cuándo encaminar al paciente para realizar determinados procedimientos ante determinado cuadro clínico - los datos refuerzan lo ya mencionado sobre la existencia de protocolos asistenciales en los proyectos de regulación: la necesidad de dar prioridad a determinadas regiones, del punto de vista de inversión para incorporar estos instrumento en los procesos reguladores.

Tabla 10 - Utilización de Protocolos de Regulación en municipios con más de 250 mil habitantes, por región geográfica. Brasil, 2006

REGIÓN	PROTOCOLOS DE REGULAMENTACIÓN							
	Sí		No		No sabe/Sin respuesta		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Centro Oeste	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0
Norte	3	33,3	4	44,4	2	22,2	9	100,0
Nordeste	9	64,3	5	35,7	0	0,0	14	100,0
Sur	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0
Sudeste	20	69,0	8	27,6	1	3,4	29	100,0
BRASIL	41	61,2	22	32,8	4	6,0	67	100,0

Considerando los flujos de derivación o referencia entre la atención de origen y el procedimiento de destino, el 80,5% afirmó que los protocolos orientan la derivación de la atención básica para la de media complejidad; el 65,9% orienta la derivación de la media complejidad para la alta complejidad; el 39,0% lo hacen entre procedimientos de media complejidad y el 31,7% lo hace entre procedimientos de alta complejidad.

Si consideramos los 41 municipios que elaboraron y utilizan protocolos asistenciales, las especialidades médicas que aparecen con mayor frecuencia fueron Cardiología, que apareció en el 48,8%; Neurología con el 41,5%; Ortopedia con el 26,8%; Oftalmología con el 24,4%; Oncología con el 19,5%; Pediatría con el 17,1%; Clínica Médica y Obstetricia con el 14,6% y Endocrinología con el 12,2% de los casos.

En relación a los problemas que motivaron la elaboración de los protocolos asistenciales para regular las derivaciones, las informaciones obtenidas por especialidad sugieren, primero, que hay exceso de demanda - citado 114 veces - seguido por el costo de los procedimientos - 68 citaciones - y por último, las restricciones de la oferta, con 50 citaciones, informaciones todas que aparecen en la tabla 11.

Tabla 11 - Especialidades con prioridad para establecer protocolos asistenciales en municipios con más de 250 mil habitantes. Brasil, 2006

Especialidades	n = 41		Alto Costo		Excesiva demanda		Oferta escasa		Otros	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cardiología	20	48,8	10	50,0	14	70,0	8	40,0	3	15,0
Neurología	17	41,5	9	52,9	12	70,6	6	35,3	2	11,8
Ortopedia	11	26,8	5	45,5	7	63,6	5	45,5	1	9,1
Oftalmología	10	24,4	3	30,0	9	90,0	1	10,0	0	0,0
Oncología	8	19,5	6	75,0	3	37,5	2	25,0	2	25,0
Pediatría	7	17,1	2	28,6	5	71,4	1	14,3	1	14,3
Clínica médica	6	14,6	1	16,7	6	100,0	3	50,0	2	33,3
Obstetricia	6	14,6	2	33,3	1	16,7	1	16,7	4	66,7
Endocrinología	5	12,2	2	40,0	3	60,0	2	40,0	1	20,0
Ginecología	4	9,8	1	25,0	2	50,0	2	50,0	0	0,0
Otorrinolaringología	4	9,8	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0
Psiquiatría	3	7,3	1	33,3	1	33,3	0	0,0	2	66,7
Resonancia	3	7,3	1	33,3	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Reumatología	3	7,3	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0
Urología	3	7,3	2	66,7	1	33,3	3	100,0	0	0,0
Vascular	3	7,3	2	66,7	1	33,3	1	33,3	0	0,0
Angiología	2	4,9	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Cirugía	2	4,9	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Cirugía vascular	2	4,9	1	50,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Dermatología	2	4,9	1	50,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Hemodiálisis	2	4,9	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Mamografía	2	4,9	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Neurocirugía	2	4,9	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0
Tomografía	2	4,9	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0
Traumatología Ortopédica	2	4,9	2	100,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0
Traumatología	2	4,9	1	50,0	2	100,0	2	100,0	1	50,0
Ultrasonografía	2	4,9	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0

Un estudio preliminar sobre las principales situaciones que deben ser estandarizadas en relación al flujo de derivaciones entre niveles de complejidad de atención está en fase de conclusión y orientará el inicio de la construcción del Manual de Protocolos de Regulación que será elaborado por un grupo de trabajo inter-departamental del Ministerio

de Salud, representantes de estados y municipios, instituciones académicas y sociedades científicas, cuyo término se prevé para el año 2006, el que complementará el trabajo sobre protocolos asistenciales que ya se inició por otros departamentos de la Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de Salud.

■ 4.6 Financiamiento de los Complejos Reguladores

El crear Complejos Reguladores le permite a los gestores articular e integrar los dispositivos de Regulación del Acceso como centrales de internación, centrales de consultas y exámenes, protocolos para regular otras acciones de la Regulación de la Atención de la Salud, como contratación, control asistencial, evaluación y otras funciones de gestión como la programación y la regionalización. Son instrumentos que permiten absorber la asistencia en una estructura de regulación, produciendo datos relacionados a la resolución y no burocrática del sistema.

Regular la oferta y la demanda por medio de complejos reguladores permite organizar las acciones de regulación del acceso a fin de garantizar la integralidad de las acciones de atención de la salud, con calidad y equidad.

A partir de la publicación del decreto ministerial que instituye la Política Nacional de Regulación, el Ministerio de Salud, considerando la necesidad de establecer incentivos financieros para implantar/implementar complejos reguladores, publicará un decreto ministerial indicando el monto de recursos destinado para tal fin, que será transferido a los estados y municipios, así como el Manual de Orientaciones para Implantar Complejos Reguladores (CD ROM adjunto).

■ 4.7 Sistemas de información para las centrales de regulación

En conformidad con la realidad local se deberá definir la estrategia de información e informática para las centrales de regulación. Sin embargo, la alternativa de utilizar un flujo informatizado requiere una atención especial del sistema de informaciones que operará tal flujo, porque el sistema informatizado debe ser compatible y estar en consonancia con la Política Nacional de Información en Salud y con el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud - CNES, la Programación Pactada e Integrada - PPI, el Cartón Nacional de Salud - CNS, el Sistema de Informaciones de Ambulatorios - SIA y el Sistema de Informaciones Hospitalarias - SIH, además de permitir todos los tipos de consulta e informes posibles y necesarios.

Los objetivos de un Sistema Informatizado de Regulación son:

- Distribuir de forma equitativa los recursos de salud para la población propia y derivada.
- Distribuir los recursos asistenciales disponibles de forma regionalizada y jerárquica.
- Acompañar de forma dinámica la ejecución de los topes pactados entre las unidades y los municipios.
- Permitir la derivación en todos los niveles de atención de las redes de prestadores de servicios, sean públicos o privados.
- Identificar las áreas donde se detecte desproporción entre la oferta y la demanda
- Suministrar elementos para repactar en la PPI y cumplir los términos de garantía de acceso.
- Permitir el monitoreo de la ejecución, por prestador, de las programaciones realizadas por el gestor.

Para alcanzar los objetivos propuestos y operar una Central de Regulación, el Sistema de Regulación deberá realizar las siguientes funciones:

- Configurar un control de acceso de los usuarios al sistema informatizado,
- Configurar el perfil del establecimiento de salud en lo que se refiere a su naturaleza (ejecutor o solicitante) y la oferta y complejidad de la misma.
- Configurar la PPI para la población propia y derivada, su validez y el control financiero (optativo),
- Configurar la oferta por establecimiento, por validez y control financiero (opcional);
- Permitir la jerarquización entre las centrales de regulación.
- Interactuar con otros bancos de datos (CNES, CNS, PPI, SIA y SIH).
- Generar archivos para bases de datos nacionales.
- Generar informes operacionales y gerenciales.

Para permitir acciones reguladoras de las consultas, exámenes e internaciones es necesario que el sistema logre:

- Generar una agenda por especialidad, sub-especialidad, profesional y periodo de validez de la misma.

- Distribuir cuotas por unidad solicitante y por tipo de consulta/procedimiento: primera y segunda vez.
- Permitir gerenciar la fila de espera por prioridad, procedimiento y CID con la identificación de los pacientes.
- Configurar los impedimentos por establecimiento y profesional.
- Generar un mapa de camas hospitalarias actualizado de forma dinámica.
- Autorizar y encaminar a los pacientes, configurando una red de referencia, indicando las prioridades, generando AIH's, APAC's.
- Monitorear la asignación de camas hospitalarias de urgencia y electivas, por clínica y por prestador
- Controlar el flujo de pacientes en las unidades hospitalarias (admisión, monitoreo de la internación y alta) y de ambulatorios (solicitud, arrendamiento y atención).
- Monitorear las atenciones e internaciones agendadas.
- Detectar cuando no se realizan las internaciones y la no ejecución de las consultas y exámenes por motivos definidos y problemas de agendas.
- Entregar elementos al sector de Control, Evaluación y Auditoría en lo que se refiere a las facturas en alta y media complejidad en ambulatorios y hospitalaria, además de la calidad de la asistencia.

Este conjunto de funciones está inserto en diversos sistemas a disposición de las centrales de regulación con diferente grado de alcance. El Ministerio de Salud, en continuidad al sistema inicialmente construido (Sisreg) está finalizando las mejoras solicitadas por varios usuarios y pondrá a disposición una nueva versión el primer semestre de 2006, que contará con el compromiso del equipo de la Datasus para apoyo y manutención. Algunas acciones locales realizadas y apoyadas por el Ministerio de Salud derivaron en sistemas informatizados con plataformas tecnológicas diversas, disponibles para los gestores; las plataformas necesitan una contrapartida local para instalar el *hardware* y constituir equipos competentes en este tipo de tecnología.

De forma concomitante, el Ministerio de Salud, a través de la Red Inter-agencias de Informaciones para la Salud (RIPSA), indujo la creación de un Comité Temático Inter-disciplinario que establecerá los requisitos estándares del *software* para ejecutar la regulación, para estandarizar desde conceptos y contenidos hasta la inter-operación de los sistemas, garantizando las orientaciones para desarrollar los aplicativos específicos en esta área.

■ 4.8 Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad (CNRAC)

La regulación del acceso de algunos procedimientos de alta complejidad, cuya gerencia está bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, a través de la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad - CNRAC, demandó ajustes, principalmente ante el proceso del Pacto de Gestión y la propuesta: “choque de descentralización”, lo que derivó en la publicación del Decreto Ministerial SAS N° 39, del 6 de febrero de 2006, que entre otros cambios, instituye la descentralización del proceso de autorización de los procedimientos que forman parte de la lista de la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad - CNRAC. Los antecedentes acerca de la utilización de esta central de regulación permitió que otras áreas del Ministerio de Salud reformulen políticas asistenciales específicas e indica la posibilidades de intervención para establecer nuevos servicios, por medio de la implantación de redes asistenciales de alta complejidad.

■ 4.9 Programa Nacional de Evaluación de los Servicios de Salud (PNASS)

La evaluación de la atención de la salud en el SUS, a pesar de formar parte del proceso de planificación, es muy poco practicada y necesita políticas específicas y construcciones metodológicas colectivas. Comprende la evaluación de la calidad y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, así como la evaluación de los sistemas de producción de la atención en la ejecución de las acciones programadas y pactadas tanto como de los resultados e impacto de las acciones y servicios en el perfil epidemiológico de la población.

Desde 1998, el Ministerio de Salud desarrolla el Programa Nacional de Evaluación de Servicios Hospitalarios - PNASH, que se caracteriza por realizar una investigación de la satisfacción de los usuarios en las unidades de emergencia, ambulatorio e internación, además de la aplicación de una guía técnica de evaluación, realizada por los gestores estatales y municipales en los hospitales públicos y privados vinculados al SUS, tomando en cuenta la estructura existente y los procesos prioritarios.

El PNASH se realizó en el año 2001 y 2002. Su objetivo principal fue evaluar los servicios hospitalarios, clasificándolos en cinco niveles de calidad: pésimo, malo, regular, bueno y óptimo. El área de salud mental se desdobló como producto de esos resultados, provocando un impacto en la gestión y financiamiento de las camas hospitalarias psiquiátricas.

La Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de Salud optó por reformular el PNASH, con el objetivo de ampliarlo, para que pudiera ser aplicado a la diversa compleji-

dad de los servicios de salud. Es así que a partir de 2004/2005, se le denominó Programa Nacional de Evaluación de los Servicios de Salud (PNASS).

El objetivo del PNASS es evaluar los servicios de salud del Sistema Único de Salud, para percibirlos y medir su alcance de la forma más completa posible, en sus diferentes dimensiones. Se pretende evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad de las estructuras, procesos y resultados relacionados al riesgo, acceso y satisfacción de los ciudadanos frente a los servicios públicos de salud en la búsqueda de resoluciones y calidad.

El primer desafío metodológico fue desarrollar un instrumento que permitiera una evaluación de gran alcance, contemplando las diferentes realidades. Por ello, se definieron cuatro dimensiones evaluativas:

- Guía de Patrones de Conformidad.
- Indicadores de producción.
- Investigación de la satisfacción de los usuarios.
- Investigación de las condiciones y relaciones de trabajo.

El segundo desafío fue el de realizar una evaluación que permitiera investigar los servicios de diferente complejidad, sin que hubiera la necesidad de instrumentos específicos para cada servicio. Por ese motivo, la Guía de Patrones de Conformidad fue desarrollada con criterios que pueden ser aplicados en diversas combinaciones, de acuerdo a las diferentes realidades de los servicios.

La Guía de Patrones de Conformidad se basa en un sistema de auto-evaluación. Serán aplicados guías por establecimiento y por gestor local. Para los efectos de la evaluación, en el cálculo de los resultados se considerará la evaluación realizada por el gestor local. El proceso de auto-evaluación contribuye para estructurar los servicios de salud en la medida que permite el auto-conocimiento, identificando la realidad y las necesidades locales. De esa manera, el PNASS induce el proceso educativo dirigido a los servicios de salud, una vez que ofrece toda la base legal en que se basó la Guía de Patrones de Conformidad.

La investigación de la satisfacción de los usuarios será realizada por el gestor local en todos los servicios de salud. En relación a la cantidad de entrevistas, en el Manual del PNASS se presenta una tabla con la clase y porcentaje de usuarios que deberán ser entrevistados.

El cálculo de la muestra para definir la cantidad de entrevistas de la investigación de las relaciones y condiciones de trabajo será realizado de acuerdo al número de trabajadores que costa en el Catastro Nacional de Establecimientos de Salud - CNES.

En relación al flujo de informaciones de entrada y salida de datos, él será gerenciado por el Sistema de Información del PNASS - S.I. PNASS, a disposición en Internet. El flujo comienza con la inserción de una clave de acceso para cada gestor. A partir de ahí se entregan las informaciones de los establecimientos de salud, la muestra de la investigación y los indicadores.

Para evaluar los criterios se definieron patrones de conformidad sentinelas, o sea, aspectos que señalan riesgo o calidad, clasificados como **imprescindibles (I)**, **necesarios (N)** y **recomendables (R)**.

Los patrones clasificados como **Imprescindibles** se exigen en las normas y el no cumplimiento de ellos acarrea riesgos inmediatos a la salud. En ese momento, se identifica la necesidad urgente de intervención. Los patrones clasificados como **necesarios** también se exigen en las normas y el no cumplimiento acarrea riesgos, sólo que se trata de riesgos mediatos. Cuando no son cumplidos por el servicio, se define un plazo para que los adecuen. Los patrones **recomendables** no están descritos en las normas y determinan la diferencia de calidad en la prestación del servicio.

El análisis de indicadores es una de las dimensiones evaluativas del PNASS. La base de datos que se utilizará será la del CNES, SIA, SIH y APAC y los indicadores serán los de uso tradicional en evaluación, descritos en la base normativa del Ministerio de Salud. Será analizada la adecuación, mediante parámetros establecidos por la media regional y nacional de grupos con diferentes tipologías de servicios (considerando grupos más homogéneos que permitan mayor comparabilidad) y tendencia.

Investigación de la satisfacción de usuarios y trabajadores

Los aspectos que serán verificados en la Investigación de satisfacción de los usuarios son los siguientes:

- Agilidad para agendar consultas.
- Agilidad para atender a los usuarios.
- Acogida.
- Confianza.
- Calidad del ambiente (comodidad, limpieza, señalización, ruido).
- Ropas.
- Alimentación.

- Marcas de humanización.
- Gratuidad.
- Expectativa sobre el servicio.

La investigación de la satisfacción de los usuarios está organizada en tres etapas: Presentación, Ejecución y Conclusión. El éxito de la entrevista depende del buen desempeño en todas las etapas.

La investigación de las condiciones y relaciones de trabajo será realizada por medio de un cuestionario auto-aplicado a los profesionales de la salud - médicos, enfermería (técnico y auxiliar) y administrativa (auxiliar) - evaluando el clima organizativo y su percepción sobre la calidad de los servicios ofrecidos.

Resultados

El PNASS posee como recorte 9.747 servicios de salud que serían evaluados y hasta el 15 de febrero de 2006 ya habían sido respondidas 5.949 guías de patrones de conformidad por los gestores municipales y estaduais.

La siguiente tabla muestra el porcentaje de respuesta, por tipo de evaluación.

Tabla 12 - Porcentaje de respuestas del PNASS, según tipo de evaluación. Brasil, 2006

	Auto-evaluación %	Evaluación de los gestores %	Satisfacción de los usuarios %	Relaciones de trabajo %
No iniciada	75,9	34,4	3805	37,8
En ejecución	1,4	4,5	7,2	7,0
Finalizada	22,8	61,0	54,3	55,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: MS/SAS/DERAC/CGRA/SiPNASS - <http://pnass.datasus.gov.br>

El resultado de la clasificación de la guía de patrones de conformidad, llenado por los gestores en los establecimientos evaluados indicó 47% como Regular; 29% como Malo; 10% como Bueno; 8% como Muy Malo y 6% como Muy Bueno. La investigación de las condiciones y relaciones de trabajo indicó 54 % como Bueno, 45% como Regular y 1% como Malo y la satisfacción de los usuarios se concentró entre 53% indicando Bueno y 45% indicando Regular.

Los resultados por establecimiento pueden compararse entre sí en sus diferentes dimensiones - Patrones de Conformidad, Usuarios, Profesionales - y comparados a las medias estaduais y media Brasil.

Los resultados, todavía preliminares, serán divulgados en un encuentro nacional donde se pretende tratar e indicar las estrategias para ejecutar el programa, reformular y actualizar los cuestionarios; cómo perfeccionar el sistema informatizado; la capacitación de los técnicos para aplicar los instrumentos y la utilización de los resultados para mejorar la gestión de los servicios de salud.

■ 4.10 Instrumentos para operar la Política de Regulación

Catastro Nacional de Establecimientos de Salud

La gerencia del Sistema de Catastro Nacional de Establecimientos de Salud (SCNES), a fin de que fuera utilizado como base para procesar los sistemas SIA y SIH, a partir de la competencia agosto/03, le solicitó al Ministerio de Salud el soporte técnico para los estados y municipios, capacitándolos para operar el SCNES, para obtener resultados más cercanos de la situación actual en Brasil, en lo que se refiere a la capacidad instalada, red y oferta actualizada no sólo de los establecimientos, servicios especializados y profesionales, como también de los equipos. El objetivo de contar con una nueva versión es proporcionarles a los gestores un sistema más moderno, más amigable, de fácil comprensión y fácil de operar, en un banco de datos georeferenciado con plataforma libre, así como ofrecerles la posibilidad de calificar el catastro, para compatibilizar el sistema con las políticas implantadas/implementadas por el Ministerio de Salud.

Descentralización del SIH-SUS (SIHD)

El SIH-SUS implantado en 1990 y hasta entonces procesado exclusivamente a nivel federal, está descentralizado a través de **Sistema de Informaciones Hospitalarias Descentralizado (SIHD)** de forma que abarque también las esferas estaduais y municipales, ampliando la autonomía de los gestores para procesar las informaciones relativas a internaciones hospitalarias, permitiendo entre otros beneficios: 1) garantizar un instrumento de ayuda para las acciones de regulación, control, evaluación y auditoría; 2) entregarles conocimientos a los gestores locales sobre las informaciones de internación con el agravante de tener que notificarlas para evaluarlas y tomar decisiones por la vigilancia epidemiológica; 3) realizarles a los gestores, el procesamiento integral de

la producción hospitalaria de los establecimientos públicos de salud contratados y/o en convenio con el SUS; 4) poner a disposición de los gestores informes con las informaciones de los valores brutos de producción, para efectos del sector financiero de la SES/SMS y permitir el informe de pagos de los prestadores; 5) almacenar los datos de las internaciones hospitalarias; 6) calcular el valor global producido por los prestadores y monitoreo de los topes financieros establecidos en la programación.

El sistema descentralizado fue implantado en abril de 2006, en ámbito nacional y está siendo utilizado por todas las unidades federadas.

Tabla Unificada de Procedimientos, Medicamentos e Insumos Estratégicos del SUS

El unificar una tabla de procedimientos hospitalarios y de ambulatorio, incluyendo los medicamentos e insumos estratégicos es un paso imprescindible para integrar y consolidar una base de datos única de informaciones, así como premisa básica para construir el Sistema Unificado de Información de Atención de la Salud.

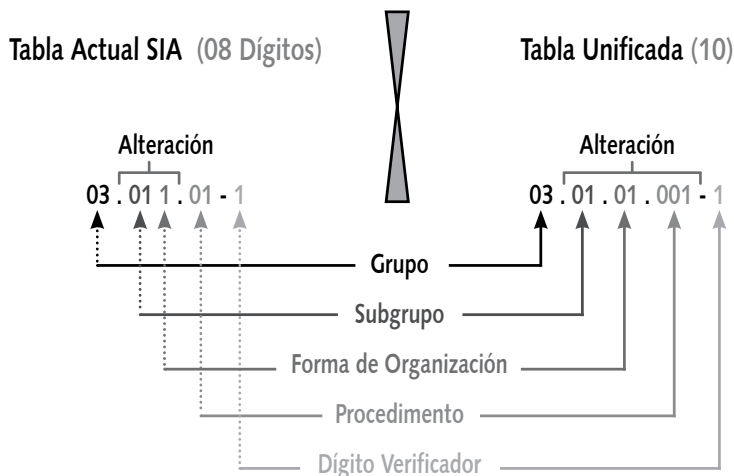
El grupo técnico responsable por desarrollar y consolidar la unificación de las tablas de procedimientos de ambulatorios y hospitalarios se constituyó por el Decreto Ministerial GM N° 1.160, del 7 de julio de 2005 y tuvo como objetivo principal integrar las bases de informaciones de los sistemas del SUS (SIA y SIH), con vistas a la construcción del Sistema Unificado de Información de Atención de la Salud.

Criterios adoptados para construir la estructura de la tabla:

- Definir **Grupos** que correspondan a grandes áreas de atención de la salud, a los que será incorporado el mayor número de procedimientos posible, según su naturaleza, de forma que se facilite la localización de ellos en la tabla general.
- Definir para cada grupo, **Subgrupos** capaces de aglutinar el mayor número de procedimientos con variables idénticas y/u otros niveles de similitud que permitan agruparlos con una denominación que permita una fácil identificación.
- Definir **Formas de Organización** para cada Subgrupo que sean capaces de acomodar el mayor número posible de procedimientos, preservando la identidad del conjunto.
- Definir los **Atributos** de cada procedimiento de forma que se racionalice el número total de procedimientos de la tabla, a partir de las características comunes, además de permitir la construcción de críticas al sistema de información.
- Instituir el atributo **Modalidad de Atención** (en ambulatorios e internación).

- Elaborar una lista variables que puedan ayudar a redefinir valores, considerando la modalidad de atención.
- Redefinir los componentes que conforman los valores finales de los procedimientos.
- Adecuarla a la tabla de valores de referencia nacional, considerando la descentralización y la autonomía del gestor local para definir la forma de contratación de la prestación de servicios por el SUS.

Figura 3 - Estructura de tabla Unificada de Procedimientos, Medicamentos e Insumos Estratégicos



El Ministerio de Salud sometió a la Consulta Pública N° 5, del 4 de Octubre de 2005, la estructura de la Tabla Unificada de Procedimientos, Medicamentos e Insumos Estratégicos del SUS, cuya implantación está prevista para enero de 2007.

Se destaca también la necesidad de reestructurar las tablas de procedimientos del SIA y SIH, de forma que contribuyan para una futura y deseada integración de todos los sistemas de información de la asistencia y de la vigilancia de la salud, basada en la captura de datos esenciales y en la identificación única de establecimientos, profesionales y usuarios del SUS.

■ 4.11 Propuesta para reformular la lógica de programación

La formulación de la nueva lógica de Programación Pactuada e Integrada ocurrió concomitante a la definición de la Política Nacional de Regulación, siendo un proceso compartido que involucró el MS, CONASS, CONASEMS y experiencias de varias secretarías estatales y municipales de salud. SUS directrices están en el decreto n° 1097/GM de 22 de mayo de 2006, que presenta los siguientes ejes orientadores:

1. Centralidad de la atención básica.
2. Integración de las programaciones.
3. Nuevas aberturas programáticas.
4. Fuentes de recursos programados.
5. Proceso de programación-relación inter-gestores.

En la búsqueda de la integralidad de la atención de la salud, el modelo que se propone es el conformar redes de servicios regionalizados y jerárquicos, a partir de la institución de dispositivos de planificación, programación y regulación. Con esa organización se pretende garantizar lo más racionalmente posible el acceso de la población a todos los niveles de atención.

A continuación algunos aspectos importantes para implantar la propuesta:

- Centralidad de la programación a partir de la atención básica.
- Programación de la atención básica y de media complejidad en ambulatorio considerando las áreas prioritarias definidas por los gestores.
- Destacar las prioridades definidas en los planes de salud.
- Flexibilidad para agregar procedimientos, siguiendo la estructura de la tabla unificada en ambulatorios.
- Programación por clínicas en el área hospitalaria.
- Programación descendiente en la alta complejidad y ascendiente en la media complejidad.
- Parámetros de atención básica y de media complejidad elaborados a partir de las áreas prioritarias del Ministerio de Salud (en consulta pública).
- Utilización de series históricas de producción para las acciones no priorizadas o de difícil parametrización.

- Programación de los procedimientos estratégicos de acuerdo con las aberturas programáticas definidas.
- Programación de las acciones ejecutadas por los servicios financiados por valores globales.
- Integración de la programación de la Asistencia con la programación de la Vigilancia a la Salud.
- Identificación de las acciones de media y alta complejidad asistenciales decurrentes de los agravios priorizados por la vigilancia.
- Instrumento de programación con una plataforma común, preservadas las especificidades del objeto de trabajo de cada área.
- Fortalecimiento de la programación municipal permitiéndole al municipio una definición de prioridades y parámetros a ser aplicados.
- Programación regional de salud con evaluación de las necesidades de capacidades regionales, pacto para las referencias intermunicipales, intra e inter-estadales.
- Posibilidad de programación distrital.
- Desagregación de la programación municipal hasta el establecimiento de salud (PPI intra-municipal).
- Programación de los recursos de fuentes estadales y municipales.

A cada cambio motivado por la abertura de nuevos servicios, cierre de servicios, nuevos pactos de referencia, aumento de límite financiero, aumento de valor de tabla, etc., la programación tiene que ser alterada. Esa alteración puede incidir directamente en el establecimiento de salud (cuando no haya impacto en las referencias intermunicipales) o a partir de una resolución de las CIB pasando por alteraciones en los pactos intermunicipales y llegando al establecimiento de salud.

Parámetros para Programar Acciones de Salud

Para sustentar mejor la programación es importante definir parámetros que sirvan de referencia. Los parámetros asistenciales basados sólo en series históricas de producción pueden reproducir los desvíos que existen en el sistema de salud, sin embargo, no se puede incurrir en el error de desconsiderarlos. Para que se tenga otra fuente que implique en avance, es necesario realizar ajustes en la abertura programática, que permitan incorporar parámetros recomendados por instituciones de renombre en determinadas áreas del conocimiento.

Para definir parámetros para programar acciones de asistencia, el Departamento de Regulación, Evaluación y Control de Sistemas coordinó un grupo de trabajo formado por representantes de las áreas técnicas de la Secretaría de Atención de la Salud y de la Secretaría de Vigilancia de la Salud.

Los parámetros de concentración y cobertura propuestos por las áreas técnicas partieron desde las acciones de atención básica en dirección a las acciones de media complejidad. Se pretendía, de esta forma, orientar la programación reconociendo el papel protagónico de la atención básica y caracterizar a la media complejidad como un nivel abierto a las demandas de atención básica, para tener una mayor capacidad resolutive.

Ellos consisten en recomendaciones técnicas, que pueden ser adecuados en las regiones y/o locales de acuerdo a su realidad epidemiológica, estructural y financiera. Se destinan a orientar a los gestores para perfeccionar la gestión del SUS, ofreciendo elementos para:

- a) el análisis de la necesidad de la oferta de servicios asistenciales a la población;
 - b) realizar la Planificación y la Programación Pactada e Integrada de la Asistencia de la Salud (PPI);
 - c) el monitoreo, control y evaluación de los servicios de salud en el ámbito del SUS.
- Para elaborarlos se consideró, entre otros:

- a) los consensos establecidos por las áreas técnicas del Ministerio de Salud;
- b) las series históricas de producción de la atención otorgada a los usuarios del SUS;
- d) la experiencia de los servicios de salud;
- e) las contribuciones recibidas a través de la Consulta Pública SAS/MS N° 02, del 6 de julio de 2005.

La metodología utilizada para definirlos consideró las áreas estratégicas, subdivididas en áreas de actuación. Para cada área de actuación se definió: población a que se destinan, incidencia cuando procede, cobertura, acciones propuestas y las respectivas necesidades estimadas (parámetros de concentración expresados en acciones *per capita*).

Ello tuvo el objetivo de presentar aproximaciones, que puedan ser criticadas y mejoradas de forma continuada, en la medida que susciten e induzcan a evaluar situaciones reales, así como a realizar investigaciones científicas aplicadas.

Se elaboraron parámetros para las siguientes áreas:

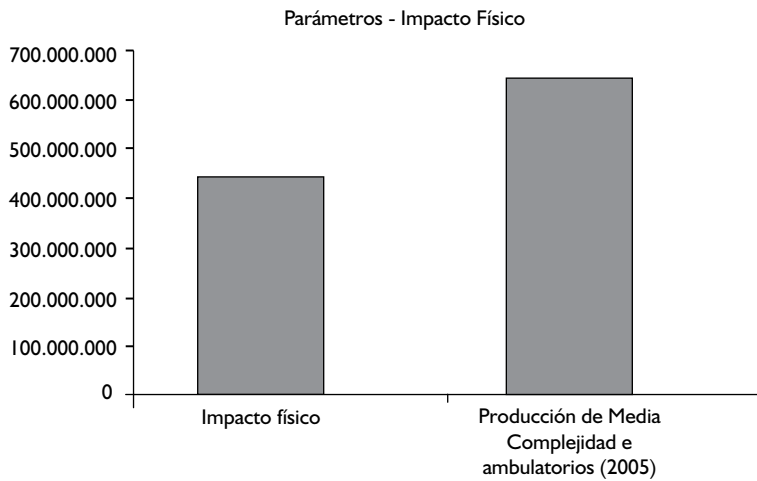
- ▶ Salud de la mujer
 - Prenatal
 - Planificación familiar
 - Cáncer de cuello uterino
 - Cáncer de mama
- ▶ Salud infantil
 - Crecimiento y desarrollo
 - Prevención de enfermedades
 - Afecciones respiratorias
 - Asma
 - Diarrea
 - Salud Ocular
 - Clasificación Auditiva Neonatal
- ▶ Salud del Adolescente
- ▶ Salud del Adulto
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensión Arterial
- ▶ Salud del Adulto Mayor
- ▶ Salud Bucal
 - Procedimientos colectivos
 - Procedimientos individuales
- ▶ Salud Nutricional
 - Desnutrición
 - Desnutrición leve y moderada
 - Desnutrición grave
 - Anemia
 - Hipovitaminosis A
 - Obesidad en Adultos
 - Obesidad Infantil
- ▶ Salud del Trabajador
 - Dermatitis ocupacional
 - Exposición a materiales biológicos

Lesiones por Esfuerzo Repetitivo - LER y Disturbios Osteomusculares Relacionados con el Trabajo - DORT

- Neumoconiosis
- Pérdida Auditiva Inducida por el Ruido - PAIR
- Exposición al plomo
- Exposición a benceno
- Intoxicación por agrotóxicos
- ▶ Salud Mental
 - Salud mental en la Atención Básica
 - Centros de Atención Psicosocial
 - Ambulatorios
 - Desinstitucionalización
 - Camas Integrales en Salud Mental
- ▶ Urgencias
 - Demanda espontánea y pequeñas urgencias
 - Atención pre-hospitalaria
- ▶ Hepatitis Viral
 - Hepatitis B
 - Hepatitis C
- ▶ ETS/SIDA
 - Diagnóstico
 - Sífilis en gestantes/parturientas
 - IVH en gestantes
 - IVH en parturientas
 - IVH en la población en general
 - Monitoreo clínico de portadores de IVH
- ▶ Mal de Hansen (Lepra)
- ▶ Tuberculosis
- ▶ Meningitis
- ▶ Malaria

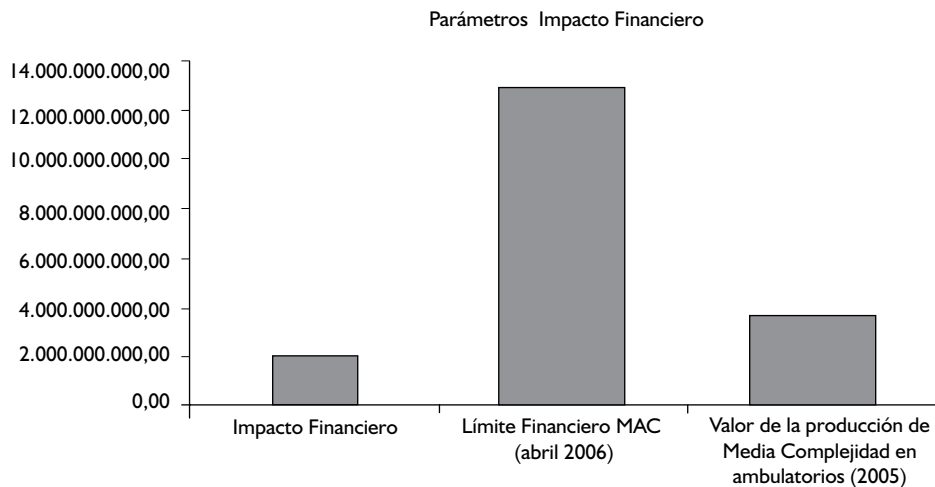
Para fundamentar la utilización de los parámetros para efectos de programar acciones de asistencia se realizó un estudio con el objeto de estimar su impacto físico y financiero, por área estratégica y por Unidad de la Federación. Se observó que la cantidad de acciones de media complejidad derivada de la aplicación de los parámetros corresponde al 69,40% de la producción nacional de media complejidad en ambulatorios (2005).

Gráfico 07 – Impacto físico resultante de la utilización de los parámetros asistenciales prioritarios y total de la producción de Media y Alta Complejidad – MAC. Brasil, 2005



El valor resultante de la aplicación de los parámetros corresponde al 15,19% de la suma de los límites financieros de media y alta complejidad de las Unidades de la Federación (abril/2006) y al 52,92% del valor producido de media complejidad en ambulatorios (2005).

Gráfico 08 – Impacto financiero resultante de la utilización de los parámetros asistenciales prioritarios, límite financiero de la producción de Media y Alta Complejidad (abril 2006) y valor de la producción – MAC 2005. Brasil, 2005



En la secuencia se encuentran gráficos que demuestran el impacto físico y financiero por área estratégica.

Tabla 13 - Impacto físico y financiero resultante de la utilización de los parámetros por área estratégica. Brasil, 2005

Área estratégica	Impacto físico	Impacto financiero
Adolescente	0	0
Adulto	186.623.524	707.752.034,09
SIDA	23.811.792	85.004.854,83
Bucal	4.220.562	75.151.716,33
Infantil	1.044.290	8.618.767,51
Lepra	318,25	947.509,92
Hepatitis	4.175.591	77.828.456,25
Adulto	89.568.719	358.968.597,11
Malaria	0	0
Meningitis	215	867.409,59
Mental	42.890.894	189.177.508,15
Mujer	43.140.555	314.504.142,82
Nutrición	47.778.860	56.864.517,04
Trabajador	6.147.765	21.996.532,37
Tuberculosis	2.039.679	19.462.943,5
Urgencias	634,98	14.117.717,08
Total	452.610.457	1.931.262.706,59

■ 4.12 Curso Básico de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría

El Curso tiene como objetivo principal transformar las prácticas en el área de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría, incorporando saberes y adecuándose a las actuales necesidades de la gestión del SUS.

Los objetivos específicos son: renovar el compromiso con los principios del SUS; reflexionar acerca de los modelos de atención que potencian la transformación de las prácticas; aprehender la importancia de la planificación y programación como instrumentos de gestión; incorporar la importancia del financiamiento y control social del SUS; hilvanar los conceptos y directrices de la Regulación, Control, Evaluación y Auditoría, además de la integración entre ellos; identificar la importancia de los sistemas de in-

formación del SUS para la Regulación, Control, Evaluación y Auditoría; internalizar las prácticas para legitimar la relación entre la gestión del SUS y los prestadores de servicios de salud; introducir los complejos reguladores y las prácticas de flujo regulado; revisar las prácticas de control y evaluación bajo la óptica del SUS; aprehender las funciones de control de ambulatorio y hospitalarias, bien como el procesamiento del SIA-SUS y del SIH-SUS; introducir la importancia del registro y acompañamiento sistemático de indicadores del SIA y del SIH; identificar la importancia de incorporar una cultura evaluativa y del foco de la calidad en el ámbito de los sistemas y servicios; incorporar conceptos y directrices de un sistema descentralizado de auditoría del SUS; introducir al proceso de auditoría de las acciones y servicios informados en el SIA (BPA - Boletín de Producción de Ambulatorio y APAC - Autorización de Procedimientos de Alta Complejidad), al Sistema de Informaciones Hospitalarios - SIH) AIH -Autorización de Internaciones Hospitalarias) e introducir al proceso de auditoría de recursos financieros y de gestión de los sistemas descentralizados del SUS.

Estructura general

El Curso Básico de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría del SUS se propone en cuatro módulos de dieciséis horas, cada uno compuesto por cuatro talleres, que duran cuatro horas, con orientación de por lo menos dos tutores, totalizando sesenta y cuatro horas. Está formado por el módulo de introducción, regulación, control y evaluación y el de auditoría, siempre con la preocupación de relacionarlos entre sí. La propuesta contempla también un momento, al inicio, para realizar la presentación y otro, al final, para realizar una evaluación.

Para replicar los cursos existe el quinto módulo dedicado específicamente para formar tutores, con una duración de treinta horas. Los tutores tendrían que haber hecho el curso completo y así, el quinto módulo será un espacio de reflexión y formación a partir de las referencias epistemológicas de la educación popular, de la teoría de la complejidad, de la gestión del conocimiento y de los nuevos paradigmas del conocimiento. El curso se iniciará con los estados y municipios en Gestión Plena, con la formación de tutores y, a medio plazo será diseminado a las secretarías de salud en todo Brasil. Los gestores locales tendrán la responsabilidad de indicar a los participantes, que deberán ser seleccionados entre los profesionales de las áreas técnicas de regulación, control, evaluación y auditoría del SUS.

El desarrollo pedagógico deberá contemplar metodologías de enseñanza y aprendizaje con una perspectiva crítica y asertiva, con el propósito de desencadenar, fomentar y/o fortalecer la formación de sujetos críticos y crear y legitimar el conocimiento del trabajo. La metodología a ser utilizada será la de las citaciones-problema.

Todos los talleres se propone que sean iniciados con un estímulo colectivo, con un contenido mínimo, su fuera necesario, seguido de una actividad de grupo, por medio de una guía donde se planteará la situación-problema y las necesidades de relectura, a través de ejercicios o textos seleccionados a priori. Siempre estará disponible espacio en las reuniones plenarias para presentar a los grupos, finalizando con una uniformidad conceptual mediada por la resolución colectiva de los problemas analizados.

Le corresponde al gestor local organizar grupos con a lo máximo treinta alumnos y los espacios físicos adecuados para realizar actividades en cuatro grupos distintos, garantizando también el material de apoyo necesario.

Estructura Programática

Taller Inicial

Presentación de los participantes y Contrato Colectivo

Levantamiento de expectativas de los participantes acerca del curso

Presentación de la Política de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría del SUS

Presentación del curso: lectura de textos para la introducción, presentación, objetivos y estructura general

Presentación del filme Isla de las Flores, de Jorge Furtado

MÓDULO 1 - SISTEMA ÚNICO DE SALUD

Módulo 1, Taller 1: Políticas Públicas de Salud

Objetivo: renovar el compromiso con los principios y directrices del SUS

Contenido: Historia del SUS

 Evolución de las políticas públicas de salud en Brasil

 Ley N° 8080/90 y N° 8142/90

 La Política de Seguridad Social y el Derecho a la Salud

 Principios y directrices del SUS

 Las Normas Operativas de Salud

 Pacto de Gestión

Módulo 1, Taller 2: Modelos de Atención de la Salud

Objetivo: reflexionar sobre los modelos de atención que implementen mejor los principios y directrices del SUS.

Contenido: Diferentes dimensiones que caracterizan a los Modelos de Atención
Características y principios de los modelos que implementen mejor las directrices del SUS

Módulo 1, Taller 3: Gestión y Planificación en Salud

Objetivo: conocer la importancia de la planificación y programación en la gestión del SUS

Contenido: Instrumentos de gestión
Planificación en salud
Instrumentos de planificación: Plan de Salud
Programación Pactada Integrada

Módulo 1, Taller 4: Financiamiento y Control Social

Objetivo: Aprender las formas de financiamiento del SUS y su articulación con las cuatro áreas e identificar la importancia del Control Social en la intermediación con esas áreas

Contenido: Origen de los recursos que financian el SUS
Enmienda Constitucional N° 29 y Ley de Responsabilidad Fiscal
Fondos de Salud
Participación Popular y Control Social
Consejos de Salud

MÓDULO 2 - REGULACIÓN DEL SUS

Módulo 2, Taller 1: Regulación en Salud

Objetivo: explicitar los conceptos y directrices en Regulación, resaltando su integración a las áreas de Control, Evaluación y Auditoría

Contenido: Conceptos y Directrices de la Regulación en Salud
Regulación de Sistemas de Salud
Regulación de la Atención de la Salud
Regulación del Acceso a los Servicios de Salud
Directrices para la Política de Regulación
Articulación e integración de las acciones de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría

Módulo 2, Taller 2: Complejos Reguladores

Objetivo: situaciones-problema y discusión de las dificultades de los gestores para operar los Complejos Reguladores y las prácticas de flujo regulado

Contenido: Conceptos de los Complejos Reguladores y Centrales Reguladoras
Integrar las áreas de Planificación, Control, Evaluación y Auditoría
Colocar a disposición lo aprendido para operar la regulación del acceso a través de las Centrales Reguladoras: cómo implantarlas y operarlas

Módulo 2, Taller 3: Contrataciones

Objetivo: internalizar las prácticas para legitimar la relación entre la gestión del SUS y los prestadores de servicios de salud

Contenido: Contratación de servicios de salud
Fases y procedimientos en el proceso de compra de servicios
Tipo de contratos

Módulo 2, Taller 4: Sistemas de Información

Objetivos: identificar la importancia de los Sistemas de Información del SUS en las áreas de Regulación, Control, Evaluación y Auditoría

Contenido: Informaciones en Salud
Sistemas de Información que respondan a situaciones-problema
Importancia de los sistemas de información para la RCAA

Módulo 3 - CONTROL Y EVALUACIÓN DEL SUS

Módulo 3, Taller 1: Control de las acciones y servicios de salud

Objetivo: revisar las prácticas de control de las acciones y servicios de salud del SUS

Contenido: Bases del Control de las Acciones y Servicios de Salud del SUS
Procesos de trabajo inherentes al Control de las Acciones y Servicios de Salud del SUS
Catastro y Credenciamiento de los establecimientos de salud
Programación y Proceso Autorizado
Supervisión de Ambulatorios y Hospitalaria

Módulo 3, Taller 2: Control de las Acciones y Servicios de Ambulatorio y Hospitalarios

Objetivo: aprehender las funciones del Control de Ambulatorio y Hospitalario para Procesar el SIA y el SIH

Contenido: Procesamiento de la Producción de Ambulatorios - SIA,
Procesamiento de la Producción Hospitalaria - SIH y SIHD
Tabla Unificada de Procedimientos

Módulo 3, Taller 3: Monitoreo de la Producción de Ambulatorios y Hospitalaria

Objetivo: introducir la importancia del registro y acompañamiento sistemático de los indicadores del SIA y del SIH.

Contenido: Monitoreo de la Producción de Ambulatorio y Hospitalaria
Indicadores del SIA y SIH

Módulo 3 Oficina 4: Evaluación de Sistemas y Servicios de Salud

Objetivo: Introducir la cultura evaluativa y usar indicadores para evaluación de los sistemas y de los servicios de salud

Contenido: Evaluación en Salud
Evaluación de Sistemas de Salud
Evaluación de Servicios de Salud

Módulo 4 - Auditoría DEL SUS

Módulo 4, Taller 1: Auditoría en salud

Objetivo: ubicar el papel de la auditoría en el contexto del SUS y abordar su importancia como herramienta de gestión, en un proceso de retroalimentación de la planificación, evaluación y control.

Contenido: Auditoría como estrategia para la responsabilidad social
Auditoría en salud
Proceso de trabajo de la auditoría

Módulo 4, Taller 2: Auditoría de la Atención de la Salud y de las acciones y servicios hospitalarios

Objetivo: aprehender la sistematización de la auditoría de la atención de la salud, especialmente de las acciones y servicios hospitalarios

Contenido: Auditoría Analítica de servicios hospitalarios de salud
Auditoría Operativa de servicios hospitalarios de salud
Utilización del Sistema de Información Hospitalarios - SIH, para las acciones de auditoría

Módulo 4, Taller 3: Auditoría de la Atención de la Salud y de las acciones y servicios de ambulatorios

Objetivo: aprehender el proceso de auditoría de la atención de la salud, especialmente en las acciones y servicios de ambulatorios

Contenido: Auditoría Analítica de servicios de ambulatorios de salud
Auditoría Operativa de servicios de ambulatorios de salud
Utilización del Sistema de Información de Ambulatorios - SIA, para las acciones de auditoría

Módulo 4, Taller 4: Auditoría de Gestión y Recursos Financieros

Objetivo: presentar las particularidades de la auditoría en gestión de sistemas de de salud y aplicación de los recursos financieros del SUS

Contenido: Auditoría en gestión de sistemas de salud
Auditoría de los recursos financieros

5. REFERENCIAS

AURÉLIO, Buarque de Holanda Ferreira. **Dicionário Aurélio eletrônico, século XXI**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira e Lexicon Informática, 1999, CD-rom, versão 3.0.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria GM nº 423 e 09, de Julho de 2002. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423.htm>>

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.82, n.1 67, p.13093, 31 ago 1994.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 set 1995.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726, de 09 de Junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 2.309, de 19 de dezembro de 2001. Institui, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 2001. Seção 1. p. 355.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n.º 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNAAS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.511/GM de 2 de setembro de 2005. Prorroga para 31 de outubro de 2005, o prazo final de execução do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS, de que trata o art. 4º da Portaria nº 382/GM de 10 de março de 2005. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 set. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.097 de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2006.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 39, de 6 de fevereiro de 2006. Institui a descentralização do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - (CNRAC). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 fev. 2006. Seção 1. p. 42.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 505, de 8 de agosto de 2002. Implementa a atuação da Central de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) em nível ambulatorial, exclusivamente para os procedimentos do grupo 26 - Hemodinâmica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 ago. 2002. Seção 1. p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria SAS n.º 589, de 27 de dezembro de 2001. Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2001. Seção 1. p. 184.

_____. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n.º 1, de 2 de janeiro de 1998. Regula os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.86, n.3, p.13, 6 jan. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 93. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS 96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.64, n.21 6, p.22932, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.89, n.40E, p.52, 28 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993. a

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992, Edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92). **Diário Oficial da União**, Brasília, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Resolução INAMPS 273, de 17 de Julho de 1991, Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS n.º 423, de 9 de Julho de 2002. Detalha as atribuições básicas inerentes a cada nível do governo no controle, regulação e avaliação da assistência à saúde no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1. p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual de Implantação de Complexos Reguladores /Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 3).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde /Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 5).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Regulação no setor saúde: em direção aos seus fundamentos públicos**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão/Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, 2).

_____. Poder Executivo Federal. **Instrução normativa nº 01, de 06 de abril de 2001.** Define diretrizes, princípios, conceitos e aprova normas técnicas para a atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal. Brasília, DF, 2001.a

_____. Presidência da República. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1. p. 18055.

_____. Presidência da República. Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990.b

_____. Presidência da República. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.5 col.2. Seção Extra, 29 jan 2000.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INANPS, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1993. b

_____. Presidência da República. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.1 col 1, 26 jan 1999.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, v.89, n.20E, p.23, 29 jan. 2001.b

MACHADO, J.A. Mapa para Implantação de Protocolos Assistenciais - necessidades, diretrizes e orientações gerais. Relatório Final elaborado como produto previsto no Termo de Referência para o Desenvolvimento de Estudo sobre Avaliação da Implantação dos Processos de Regulação, Avaliação e Controle no SUS, firmado entre o Ministério da Saúde e Banco Japonês, através do Banco Mundial. Brasília, 2006.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MEHRY, Emerson Elias; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.

_____. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reinventando o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

REMOR, Lourdes de Costa. Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde: atividades de regulação e fiscalização, Florianópolis: Papa-Livro, 2003. 101p.

SANTOS, Fausto Pereira dos. O novo papel do município na gestão da saúde - O desenvolvimento o de dados e avaliação. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reinventando o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 31-49.

