

# GESTIÓN DE ATENCIÓN BÁSICA DE LA SALUD EN BRASIL



**TCU** TRIBUNAL DE CUENTAS DE LA UNIÓN

**AIC** ATRICON

**Instituto Rui Barbosa**  
www.tibcontas.org.br

**AUDITORÍA COORDINADA**  
**RESUMEN EJECUTIVO**

**Salud**



República Federativa de Brasil

---

Tribunal de Cuentas de la Unión

### **MINISTROS**

Aroldo Cedraz de Oliveira (Presidente)

Raimundo Carreiro (Vicepresidente)

Augusto Nardes

Walton Alencar Rodrigues

Benjamin Zymler

José Múcio Monteiro

Ana Arraes

Bruno Dantas

Vital do Rêgo

### **MINISTROS SUSTITUTOS**

Augusto Sherman Cavalcanti

Marcos Bemquerer Costa

André Luís de Carvalho

Weder de Oliveira

### **MINISTERIO PÚBLICO ANTE EL TCU**

Paulo Soares Bugarin (Procurador General)

Lucas Rocha Furtado (Subprocurador General)

Cristina Machado da Costa e Silva (Subprocuradora General)

Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)

Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)

Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)

Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)



# GESTIÓN DE ATENCIÓN BÁSICA DE LA SALUD EN BRASIL



**AUDITORÍA COORDINADA  
RESUMEN EJECUTIVO**

**Salud**

Brasilia, 2016



© Copyright 2016, Tribunal de Cuentas de la Unión  
<http://www.tcu.gov.br>  
SAFS, Quadra 4, Lote 01  
CEP 70042-900 – Brasília/DF

Se permite la reproducción de esta publicación  
en parte o en su totalidad, sin cambiar el contenido,  
una vez citada la fuente y sin fines comerciales.

Gestão da atenção básica à saúde no Brasil : auditoria coordenada /  
[Coordenação] Tribunal de Contas da União; Tribunal de Contas do Estado do Acre  
...[et al.]. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2016.

64 p. : il. color. – (Sumário Executivo. Saúde)

O presente trabalho tem por objetivo divulgar os principais resultados da auditoria operacional realizada sob a coordenação do Tribunal de Contas da União e outros 29 Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios. A auditoria decorreu de acordo de cooperação celebrado com articulação institucional do Tribunal de Contas da União (TCU), da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon) e do Instituto Rui Barbosa (IRB).

1. Saúde pública - Brasil. 2. Acesso à saúde - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (SUS). 4. Gestão pública – Brasil. 5. Auditoria operacional. I. Brasil. Tribunal de Contas da União. II Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon). III. Instituto Rui Barbosa (IRB). IV. Série.



## PARTICIPANTES DE LA AUDITORÍA COORDINADA

- Tribunal de Cuentas de la Unión
- Tribunal de Cuentas del Estado de Acre
- Tribunal de Cuentas del Estado de Amapá
- Tribunal de Cuentas del Estado de Amazonas
- Tribunal de Cuentas del Estado de Bahía
- Tribunal de Cuentas del Estado de Ceará
- Tribunal de Cuentas del Distrito Federal
- Tribunal de Cuentas del Estado de Espírito Santo
- Tribunal de Cuentas del Estado de Goiás
- Tribunal de Cuentas del Estado de Mato Grosso
- Tribunal de Cuentas del Estado de Mato Grosso do Sul
- Tribunal de Cuentas del Estado de Minas Gerais
- Tribunal de Cuentas del Estado de Pará
- Tribunal de Cuentas del Estado de Paraíba
- Tribunal de Cuentas del Estado de Paraná
- Tribunal de Cuentas del Estado de Pernambuco
- Tribunal de Cuentas del Estado de Piauí
- Tribunal de Cuentas del Estado de Rio de Janeiro
- Tribunal de Cuentas del Estado de Rio Grande do Norte
- Tribunal de Cuentas del Estado de Rio Grande do Sur
- Tribunal de Cuentas del Estado de Rondônia
- Tribunal de Cuentas del Estado de Roraima
- Tribunal de Cuentas del Estado de Santa Catarina
- Tribunal de Cuentas del Estado de São Paulo
- Tribunal de Cuentas del Estado de Tocantins
- Tribunal de Cuentas de los Municipios del Estado de Ceará
- Tribunal de Cuentas de los Municipios del Estado de Goiás
- Tribunal de Cuentas de los Municipios del Estado de Pará
- Tribunal de Cuentas del Municipio de Rio de Janeiro
- Tribunal de Cuentas del Municipio de São Paulo



Data

2 D di	150.07
VTI.....	7.74
HR.....	54.18
2 D area.....	27.81
SV.....	8.1
SI.....	4.
CO.....	
CI.....	
QR/QS.....	
.....	0.66
.....	2
lent LV-AO:	
Vmax	
pea	



## PRESENTACIÓN

Con una población de más de 200 millones de personas, Brasil tiene, como una de las misiones más difíciles y complejas, garantizar el acceso a los servicios de salud, de manera universal, igualitaria y gratuita, un derecho garantizado en la propia Constitución Federal. En este sentido, muchos retos están presentes en la implementación de esta política pública, tales como la descentralización de acciones, fuentes de financiación, potencial humano suficiente y la gestión de los recursos financieros disponibles.

La atención básica es la principal puerta de entrada y el enlace con toda la red de atención de la salud, la que debe ser el contacto preferido de los usuarios del Sistema Único de Salud-SUS. En este nivel de asistencia se identifican las principales necesidades de la población, con reflejo en la planificación y gestión de los otros niveles.

Por lo tanto, este asunto es de vital importancia para la sociedad brasileña, teniendo en cuenta los impresionantes números involucrados, en términos de cantidad de Unidades Básicas de Salud-UBS dirigidas a la atención, municipios considerados, porcentaje de la población atendida y los recursos presupuestarios disponibles. Según estudios académicos, una atención primaria que resuelva la mayoría de los problemas de los usuarios es condición fundamental para la viabilidad, incluso financiera, de los sistemas de salud pública

En este contexto, es esencial que los agentes responsables de la conducción de esta área de tal importancia sean conscientes de que deben actuar con el mayor celo y corrección posibles, para que las demandas de los usuarios puedan ser satisfechas con la puntualidad y eficiencia esperadas.

El Tribunal de Cuentas de la Unión llevó a cabo, en coordinación con otros 29 Tribunales de Cuentas de los Estados y Municipios, la Auditoría Operativa que tenía como objetivo evaluar la calidad de los servicios de atención básica de salud ofrecidos en el marco del SUS. La referida fiscalización abarcó trabajos de campo, simultáneamente, en 23 Estados y 317 Municipios, cuyos resultados se complementaron con una encuesta electrónica nacional respondida



por 14 Secretarías Estatales de Salud, 2.577 Secretarías Municipales de Salud y 175 Gerencias Regionales de Salud.

La auditoría se derivó del acuerdo de cooperación celebrado con articulación institucional del Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU), la Asociación de Miembros de los Tribunales de Cuentas de Brasil (ATRICON) y del Instituto Rui Barbosa (IRB).

El Resumen Ejecutivo, que aquí se presenta, tiene como objetivo difundir los principales resultados de la auditoría realizada y representa una herramienta estratégica para la mejora de la gestión de los servicios, puesto que proporciona excelente diagnóstico sobre la infraestructura, acceso, atención y los resultados de la atención primaria.

Los Tribunales de Cuentas brasileños que participaron en esta empresa tan relevante esperan que las conclusiones de este trabajo puedan ofrecer a los ciudadanos, expertos, administradores públicos y otros profesionales del área, una visión a nivel nacional sobre el tema y contribuyan para que el gobierno y sociedad logren soluciones adecuadas para la mejora de las políticas de salud pública, en beneficio de la población brasileña.

**Aroldo Cedraz**

*Presidente*

Tribunal de Cuentas de la Unión

**Valdecir Fernandes**

**Pascoal**

*Presidente*

Asociación de los Miembros de los  
Tribunales de Cuentas de Brasil

**Sebastião Helvécio**

*Presidente*

Instituto Rui Barbosa



# RESUMEN

<b>1.</b>	<b>ASPECTOS GENERALES</b>	<b>11</b>
1.1	Auditoría Coordinada	11
1.2	Objeto	12
1.3	Importancia de la atención básica	14
1.4	Metodología de la auditoría	15
1.5	Preparación de este resumen ejecutivo	18
<b>2.</b>	<b>RESULTADOS DE LA AUDITORÍA COORDINADA</b>	<b>23</b>
2.1	<b>Planificación</b>	<b>23</b>
2.1.1	Diagnóstico de las necesidades de salud de la población	23
2.1.2	Articulación interfederal / referencia y contrareferencia	28
2.1.3	Financiamiento de la atención básica	31
2.2	<b>Gestión de Personas</b>	<b>37</b>
2.2.1	Acciones para la capacitación y educación permanente de los profesionales de atención básica	37
2.2.2	Acciones para la colocación y la permanencia de los profesionales de la atención básica	42
2.3	<b>Seguimiento y Evaluación</b>	<b>45</b>
2.3.1	Estructuras institucionales y equipos técnicos de seguimiento y evaluación de la atención básica	45
2.3.2	Indicadores	49
2.3.3	Estructura de Tecnología de la Información para seguimiento y evaluación	51
<b>3.</b>	<b>ENCAMINAMIENTOS DE LAS AUDITORÍAS</b>	<b>61</b>
	<b>REFERENCIAS</b>	<b>62</b>





# 01 ASPECTOS GENERALES





## 1.1 AUDITORÍA COORDINADA

La atención básica de salud ha sido objeto de esta auditoría operacional coordinada, llevada a cabo por el Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU) y veinte y nueve Tribunales de Cuentas (TC), signatarios del Acuerdo de Cooperación Técnica firmado el 25/03/2014.

La auditoría coordinada es aquella en la que cada órgano de control lleva a cabo, con base en la planificación conjunta, auditorías e informes independientes y, al final, elabora el informe consolidado con los principales hallazgos de las auditorías.

El acuerdo se celebró con la articulación institucional de la Asociación de Miembros de los Tribunales de Cuentas de Brasil (ATRICON), del Instituto Rui Barbosa (IRB), y del propio TCU y se ampara, en la Declaración de Vitória/ES, redactada durante el XXVII Congreso de los Tribunales de Cuentas de Brasil, el 06/12/2013. La Declaración estableció, entre otros asuntos, el compromiso de garantizar el apoyo técnico e institucional para realizar auditorías coordinadas en temas de interés nacional e impacto en la sociedad.

Las auditorías coordinadas han proporcionado a los ciudadanos, expertos y profesionales involucrados, una visión a nivel nacional sobre temas de relevante interés social, a partir de aspectos cuidadosamente seleccionados. Además, la realización conjunta de estos trabajos, por los tribunales de cuentas, han proporcionado a los respectivos equipos técnicos la oportunidad de intercambiar experiencias, la difusión de conocimientos y la capacitación en el empleo, desarrollando la metodología de fiscalización.

Este resumen ejecutivo consolida los principales resultados de cada TC que participó de esta auditoría operativa. El término “hallazgos” se refiere a situaciones verificadas por el auditor durante el trabajo de campo que se utilizará para abordar las cuestiones de auditoría. Participaron de este trabajo conjunto el TCU; los tribunales de cuentas de los estados (TCE), con excepción de los tribunales de cuentas del estado de Alagoas, Maranhão y Sergipe; y los tribunales de cuentas municipales (TCM), salvo el Tribunal de Cuentas de los Municipios del Estado de Bahía.





## 1.2 OBJETO

La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud a nivel individual y colectiva, que incluye la promoción y protección de la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y el mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que impacte en el estado de salud y autonomía de las personas y en las condicionantes y determinantes de la salud de la colectividad, según la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), establecida por el Decreto GM/MS 2488, del 21/10/2011, del Ministerio de salud.

En Brasil, es la principal puerta de entrada al Sistema Único de Salud (SUS) y el servicio se produce en las Unidades Básicas de Salud (UBS), que deben instalarse cerca de dónde las personas residen, trabajan, estudian y viven.

La importancia de la priorización de acciones de prevención de salud y de las líneas de cuidados específicos, inherentes a la atención básica, surge de la rápida transición demográfica presenciada en Brasil, que trajo consigo considerables impactos en la salud de la población. Este cambio se percibe, por ejemplo, mediante la creciente carga de enfermedades crónicas no transmisibles (DCNT) y la aparición de nuevas formas de enfermedades y muerte (violencia urbana, enfermedades transmisibles emergentes y reemergentes), que afecta a la gestión del SUS.



*Según el plan nacional de salud 2012-2015, en el año 2007, las DCNTs representaron aproximadamente el 67% de las muertes divulgadas en Brasil. Las enfermedades cardiovasculares fueron la principal causa: el 29% de las muertes divulgadas, seguidas por el cáncer (el 15%), enfermedades respiratorias (el 5,6%) y diabetes (el 4,6%).*

En este contexto, los estudios indican que una atención básica que funcione correctamente puede resolver, con calidad, la mayoría de los problemas de salud de la población (STARFIELD, 1994; PNAB, 2011; CONASS, 2011; Souza, 2014).

Sobre la base de los principios establecidos en la Conferencia de Alma-Ata, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención primaria de salud es una respuesta para mantener la sostenibilidad de los sistemas de salud universales, tratando de reorganizar los servicios de salud centrados en el médico y el hospital (modelos médico-hospitalocéntricos)



para un modelo asistencial jerarquizado por el primer contacto - atención primaria como puerta de entrada al sistema de salud pasando posteriormente por la mediana y alta complejidad.

Por lo tanto, la atención primaria debe ser la ordenadora de la red de atención, pues identifica las necesidades de salud, lo que afecta a la gestión y planificación de los otros niveles de atención, así como debe ser la coordinadora de la atención, ya que debe hacer un seguimiento de los usuarios con miras a mantener la salud de la colectividad.

El fortalecimiento de la atención básica también tiene la ventaja de aumentar la resolución, entendida como la solución definitiva de los problemas traídos por la comunidad al sistema de salud, con la satisfacción del usuario; para mejorar la equidad de los servicios de salud; y para proporcionar una adecuada relación costo-beneficio. Junto a esto, la planificación de acciones de salud debe considerar las particularidades locales.

El objetivo de esta auditoría era evaluar, de manera coordinada y conjunta, aspectos relacionados con el atendimento, el acceso, la infraestructura y la resolución de la atención básica a los ciudadanos. Más específicamente, para delimitar tal alcance, se procuró evaluar si la gestión de la atención básica (a nivel federal, estatal y municipal) ofrece calidad en los servicios brindados. Se consideró, por lo tanto, que la calidad se debe, entre otras variables, a las acciones gerenciales (procesos de gestión) implantadas para la atención básica

De esta manera, las preguntas de auditoría se formularon en tres temas principales: planificación, gestión de personas y de seguimiento y evaluación.

Planificación	Gestión de personas	Seguimiento y evaluación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico de las necesidades de salud de la población</li> <li>• Articulación interfederal / referencia y contrareferencia</li> <li>• Financiamiento de la atención básica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cciones para la capacitación y educación continua de profesionales de la atención básica.</li> <li>• cciones para la asignación y la permanencia de los profesionales de la atención básica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructuras institucionales y equipos técnicos para el seguimiento y evaluación de la atención básica</li> <li>• Indicadores</li> <li>• Estructura de Tecnología de la Información para el seguimiento y evaluación</li> </ul>



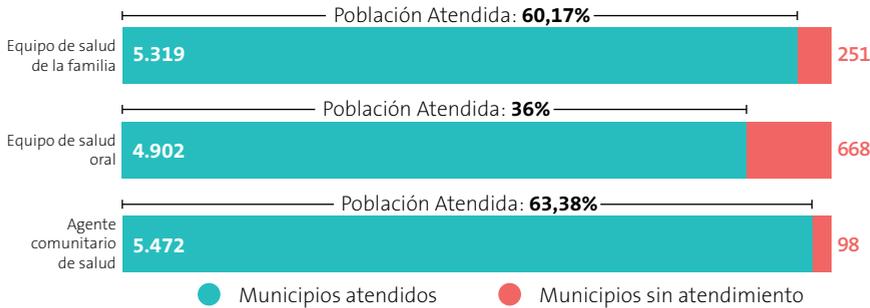
## 1.3 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN BÁSICA

**A**demás del hecho de que una atención básica, funcionando correctamente, puede resolver la mayoría de los problemas de salud de la población, la relevancia del tema se configura a través de la observación de los números significativos que involucran este nivel de atención a la salud

### Número de UBS en Brasil x Cobertura de la Población



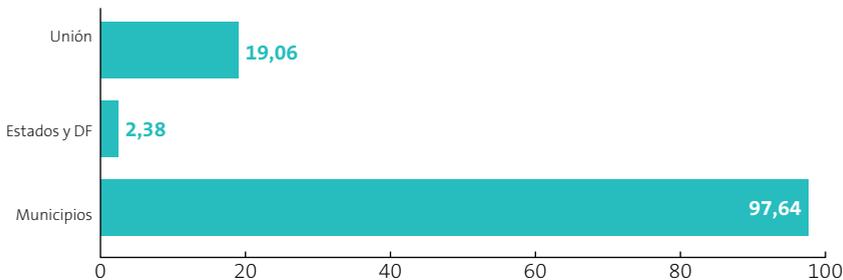
### Población y municipios atendidos por profesionales de la atención básica



Fuente: Sala de Apoyo a la Gestión Estratégica del Ministerio de Salud - datos de marzo de 2015  
<http://189.28.128.178/sage/>

### Presupuesto para la atención básica

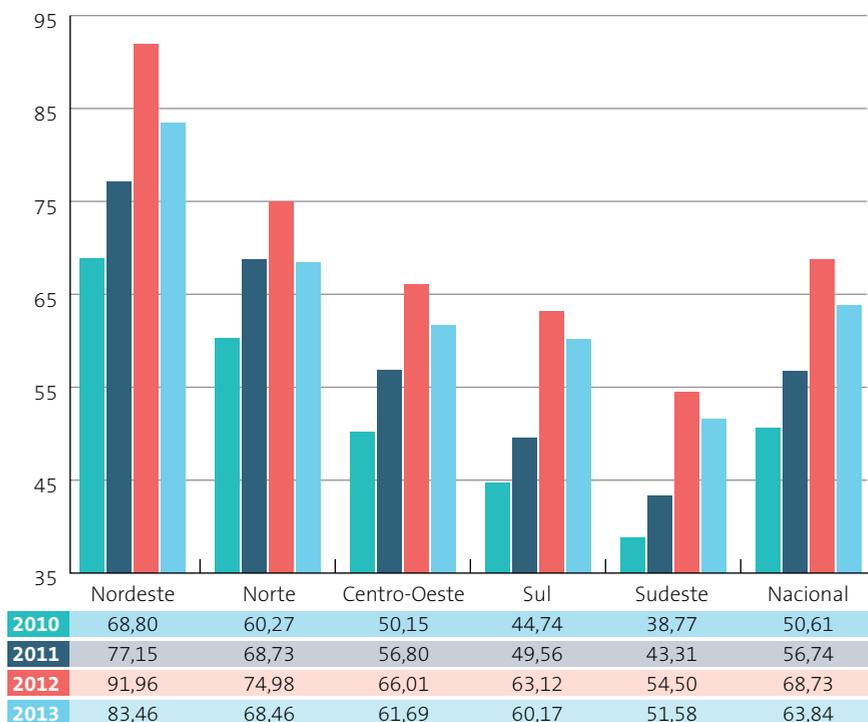
Gasto Comprometido (R\$ Billones) en 2014 - En la subfunción de la Atención Básica



Fuente: SIOPS - datos de 26/6/2015  
<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/352657/RR0dez2014+%28Corre%C3%A7%C3%A3o+2%29.pdf/3c9ae8f9-193a-40b8-9b00-75c03509f9a4>,  
[http://siops.datasus.gov.br/rel\\_subfuncaoUF.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncaoUF.php)  
[http://siops.datasus.gov.br/rel\\_subfuncao.php](http://siops.datasus.gov.br/rel_subfuncao.php)



### Transferencias federales *per cápita*, fondo a fondo, del FNS, en el bloque de financiación Atención Básica, entre 2010 y 2013



Fuente: Departamento de Informática del SUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>)

Nota: Valores en R\$ - posición del 13/11/2014

## 1.4 METODOLOGÍA DE LA AUDITORÍA

Para llevar a cabo el trabajo se adoptaron normas internacionales de auditoría operacional de la Organización Internacional de las Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI), así como los procedimientos establecidos en el Plan de Trabajo anexo al Acuerdo de Cooperación Técnica mencionado anteriormente.

La articulación del trabajo competió al Grupo Temático en Auditoría Operacional (GAO) del IRB, que tiene su origen en el contexto de la Capacitación Nacional en Auditoría Operacional promovido por el Programa para la Modernización del Sistema de Control Externo de los Estados, Distrito Federal y Municipios de Brasil (PROMOEX).

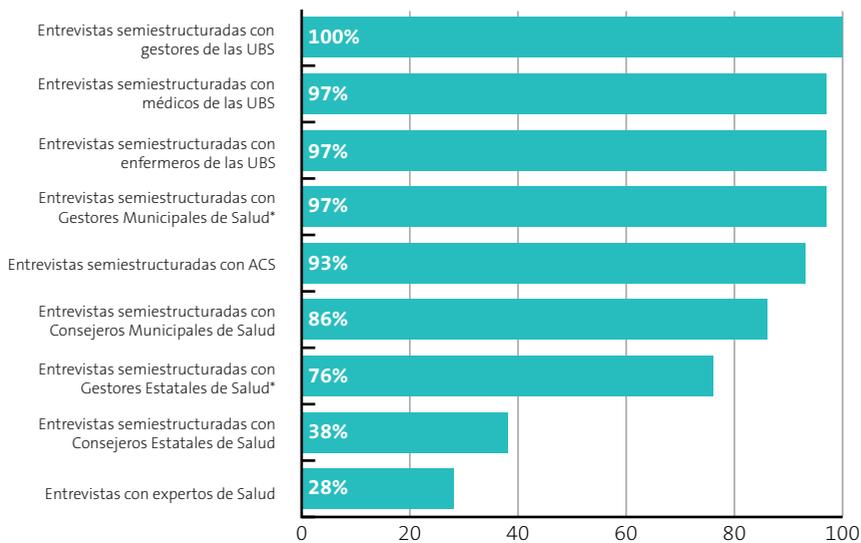


Los equipos de los Tribunales de Cuentas participaron en dos talleres de trabajo presenciales (uno durante la fase de planificación de las actividades, para el desarrollo de la matriz de planificación y de los procedimientos de auditoría; y el otro en etapa de debate y armonización de los hallazgos de auditoría) de videoconferencias y de discusión en ambiente virtual, contaron con monitores y supervisión de los miembros del GAO.

Las actividades se ejecutaron teniendo en cuenta los temas de planificación, gestión de personas, seguimiento y evaluación, de acuerdo con la matriz de planificación elaborada, cada tribunal de cuentas participante tuvo la libertad para ampliar sus investigaciones, según su capacidad operativa, para otros temas relacionados con el objeto de la auditoría.

Los equipos de auditoría, de los Tribunales de Cuentas participantes, utilizaron varios instrumentos de recolección de datos, por ejemplo: cuestionarios electrónicos, entrevistas semiestructuradas, solicitudes de información, observaciones directas, consultas a sistemas de información. De los participantes se puede observar, en el siguiente gráfico, la cantidad de tribunales que utilizaron cada instrumento.

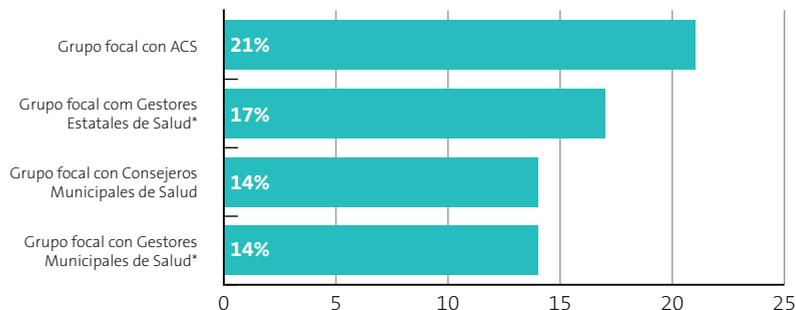
### Instrumentos de recolección de datos utilizados – Cantidad de equipos que utilizaron entrevistas



Nota: \* Se consideraron tanto secretarios de salud como gestores responsables por la atención básica



### Instrumentos de recolección de datos utilizados – Porcentaje de equipos que realizaron grupos focales



Nota: \* Se consideraron tanto los secretarios de salud como los gestores responsables por la atención básica

Además de la observación directa, los cuestionarios electrónicos aplicados (investigación electrónica nacional) y las entrevistas realizadas muestran una percepción significativa de los actores directamente involucrados en las actividades de atención básica y, por lo tanto, sirven como un indicador para las acciones de perfeccionamiento y corroboran, junto con otros instrumentos de auditoría aplicados, las pruebas identificadas en los informes de auditoría y consolidadas en este resumen ejecutivo.

*La auditoría coordinada generó los siguientes productos: informe del equipo del TCU, planteando la actuación del Ministerio de Salud y presentando aspectos nacionales de atención básica; informes independientes de los Tribunales de Cuentas participantes, con enfoques estatales y municipales; y la consolidación de las actividades, en este resumen ejecutivo.*



## PARTICIPANTES DE LA AUDITORÍA



Tribunal de Cuentas  
de la Unión



24  
Tribunales de  
Cuentas estatales



5  
Tribunales de  
Cuentas municipales



## 1.5 PREPARACIÓN DE ESTE RESUMEN EJECUTIVO

### Fuentes de información usadas para la preparación de esta publicación:

#### **Formulario de recolección de hallazgos:**

Formulario respondido por los coordinadores de los equipos de 28 Tribunales de Cuentas (a excepción del TCU y del TEC-PR). Representan los resultados de auditoría relativos a 23 Secretarías Estatales de Salud (SES) y 317 Secretarías Municipales de Salud (SMS)

#### **Encuesta electrónica nacional - Secretarías Municipales de salud:**

Cuestionario electrónico respondido por 2577 SMS

\* No incluye a los municipios de los Estados cuyos TCE no se adhirieron al acuerdo (AL, MA y SE)

#### **Encuesta electrónica nacional – Secretarías Estatales de Salud:**

Cuestionario electrónico respondido por 14 SES

#### **Encuesta electrónica nacional – gerencias regionales de salud:**

Cuestionario electrónico respondido por 175 gerencias regionales de salud

Las respuestas al formulario de recopilación de hallazgos permitieron describir la situación encontrada por los equipos de auditoría y fue respondido basándose en el análisis de todos los procedimientos de auditoría utilizados para evaluar cada ítem. En este resumen ejecutivo, también se utilizaron informaciones constantes en las matrices de resultados, que han sido preparadas y examinadas por los Tribunales de Cuentas en el taller de trabajo realizado en Brasilia-DF.

**NOTA**

Los gráficos relativos a los resultados de auditoría no incluyen informaciones del TCU, centrándose en la esfera de gestión federal.



Los datos relativos a las Secretarías Estatales de Salud incluyen el Distrito Federal.

**BUENAS PRÁCTICAS**

Las buenas prácticas son acciones, identificadas durante la auditoría, que contribuyen para que el rendimiento esperado sea alcanzado o superado. Es interesante que una buena práctica represente algo nuevo y tenga el potencial de ser replicada.



Algunas de estas acciones serán mencionadas en este resumen, en el contexto de cada tema, sin perjuicio de otras que también merecen reconocimiento por su iniciativa, creatividad y perseverancia de los profesionales encargados de su aplicación.





**02**

RESULTADOS  
DE LA AUDITORÍA  
COORDINADA





## 2.1 PLANIFICACIÓN

La Política Nacional de Atención Básica (PNAB) asigna a todas las esferas del gobierno la responsabilidad de desarrollar, facilitar e implementar sistemas de información de atención básica, de acuerdo con sus competencias, así como las acciones relacionadas con la planificación y programación de este nivel de atención.

También dispone, como un deber de las Secretarías Municipales de Salud, programar sus acciones relacionadas con la atención básica según las necesidades de salud de la población, organizando el flujo de los usuarios en consonancia con dichas necesidades.

En el ámbito del SUS, se configura la planificación, como suposición, de que es ascendente e integrada, desde el nivel local hasta el federal, guiado por los problemas y necesidades de salud de la población, propios de cada región de salud, de acuerdo con el Decreto GM/MS 2135, del 25/09/2013.

La auditoría buscó identificar, en relación con estas cuestiones, si el proceso de planificación de la atención básica refleja las necesidades de la población, si considera la relación entre atención básica y otros niveles de atención de salud y si los recursos financieros están disponibles en las tres esferas federativas.

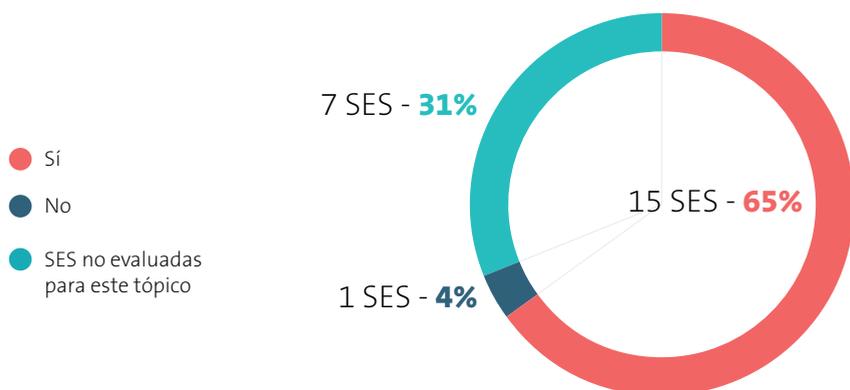
### 2.1.1 DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Una de las pautas de la atención básica es el uso de tecnologías de cuidado complejas y variadas para ayudar en el manejo de las demandas y necesidades más frecuentes de salud de la población y de mayor relevancia en el territorio que abarca, según la PNAB. Para proporcionar los debidos servicios de asistencia social, las secretarías de salud deben, partiendo de un diagnóstico, planificar sus acciones en base a criterios de riesgo, vulnerabilidad, resiliencia y el imperativo ético de que toda demanda, necesidad de salud o sufrimiento deben ser atendidos.

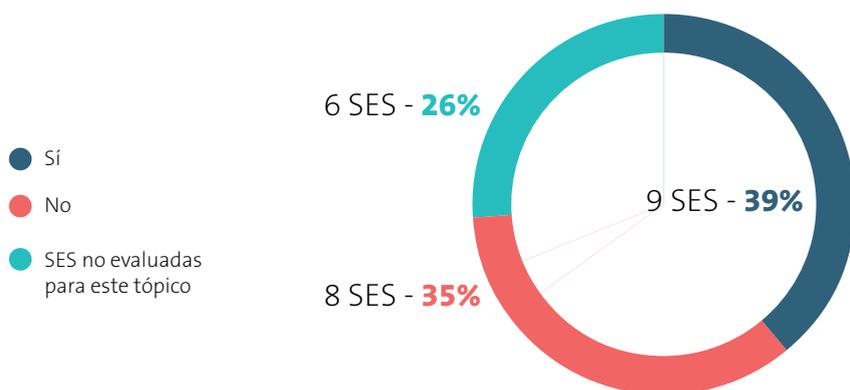
La premisa de que los servicios de atención básica se basan en las necesidades de salud permea la PNAB en su totalidad, lo que demuestra la importancia de este proceso de identificación de las necesidades. Sin embargo, las auditorías

de los tribunales participantes identificaron en los trabajos de campo, en 15 de las 23 secretarías Estatales de Salud (SES), dificultades en el estudio de las necesidades de salud de la población y en la planificación de los servicios de atención básica. A ello se suma que en 8 de las 23 SES **no** había diagnóstico de alcance estatal conteniendo las especificaciones locales y regionales.

### SES con dificultades en el estudio de las necesidades de salud de la población y en la planificación de los servicios de AB



### Existencia de diagnóstico de alcance estatal conteniendo las particularidades locales y regionales en la SES

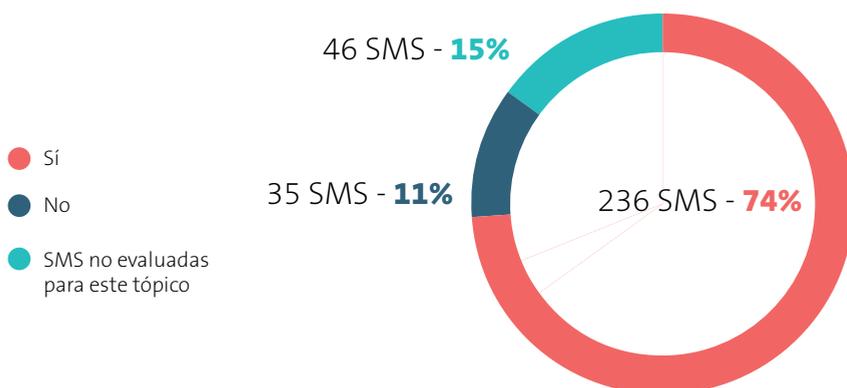


Sobresale, también, el resultado de la encuesta electrónica hecha con la SES a la pregunta: “¿En su estado, la oferta de servicios de otros niveles de atención de la salud tiene en cuenta las demandas de la Atención Básica?”, en el que 6 de las 14 respuestas señalaron la opción “a veces” o “nunca”.

Teniendo en cuenta las Secretarías Municipales de Salud (SMS), en los trabajos de campo llevados a cabo por los tribunales participantes, en 317 municipios,

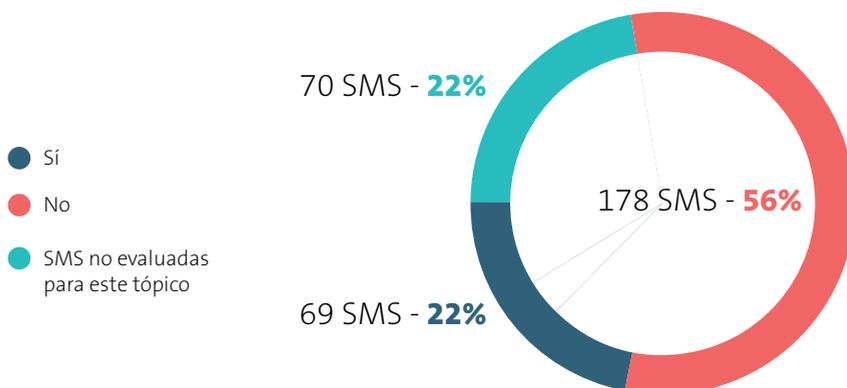
también se encontraron dificultades en el estudio de las necesidades de salud de la población, alcanzando el 74% (236 SMS) de las secretarías en esta situación.

### SMS con dificultades en el estudio de las necesidades de salud de la población y en la planificación de los servicios de la AB



A pesar de esto, en la encuesta donde fueron consultados los responsables municipales de 2107 respuestas obtenidas, 1585 ( el 75%) SMS respondieron que sus secretarías prepararon un estudio de necesidades de salud de la población. Sin embargo, en los trabajos de campo en las 317 SMS, se observó que 178 ( el 56%) de ellas no tienen ni siquiera metodología formal para la realización de este estudio de necesidades

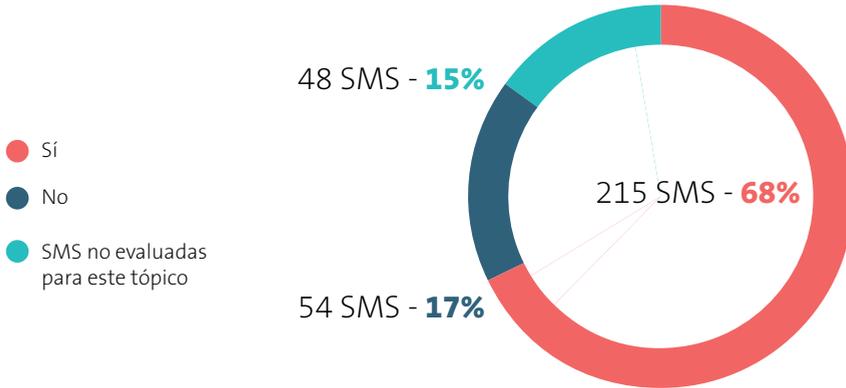
### Existencia de metodología formal en el SMS para la realización del estudio de las necesidades de salud de la población



Los análisis también demostraron que la participación de profesionales de salud vinculados a las UBS es insuficiente o no existe, contrariamente a la suposición de la naturaleza ascendente de la planificación, en el caso de la contri-

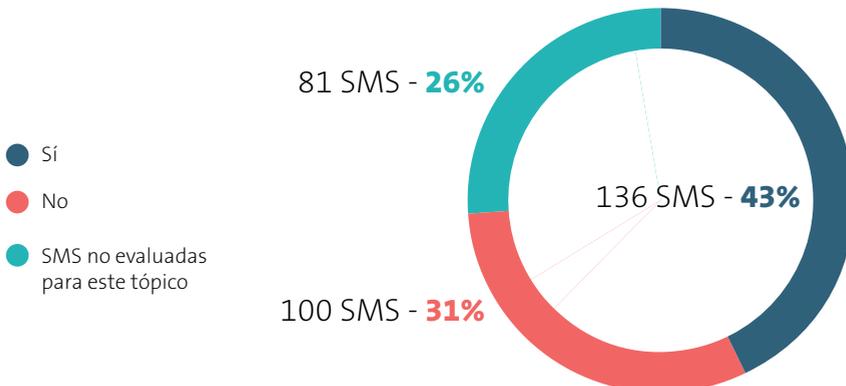
bución del nivel local, establecida por el SUS. La auditoría, en el campo, reveló la precariedad de las UBS en los procesos de planificación en un 68% (215) de los casos.

#### Cantidad de SMS en las que se identificó la precariedad en la participación de la UBS en el estudio de las necesidades de salud de la población municipal



Con respecto a la participación de los Consejos Municipales de Salud, cuyas funciones están reguladas por la Ley n. 8.142/1980, que les otorga el estatus de órgano formulador de estrategias y controlador de la ejecución de las políticas de salud pública en las instancias correspondientes, avanzando, incluso en aspectos económicos y financieros. Sin embargo, en el proceso de elaboración de la planificación de las acciones de salud, los datos mostraron situación preocupante, porque, de los 317 municipios evaluados en el campo, se constató que en 100 de ellos (el 31%) los consejos municipales no interactúan con las secretarías en la elaboración de la planificación de las acciones de salud de la población.

#### Participación del Consejo Municipal de Salud en el proceso de elaboración de la planificación de las acciones municipales de salud





*El control social ejercido por los consejos, a través de conferencias públicas, reuniones periódicas, fiscalizaciones in situ, consultorías y deliberaciones, es crucial en el proceso de construcción, procesamiento y calidad de los servicios de salud. La capacitación conjunta de los consejos compuesta del 50% de usuarios, más el 50% de profesionales de la salud, los proveedores y gestión, tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento del ejercicio de la democracia.*



Teniendo en cuenta la presunción de la planificación ascendente e integrada, se encontró que existen fragilidades en el proceso de verificación de las necesidades de salud, dado que el Ministerio de Salud no identificó las necesidades de salud a nivel nacional, como lo describe el art. 17 del Decreto 7508/2011. Además, se encontró que es insuficiente el apoyo brindado por la Unión a los estados y municipios (apoyo institucional interfederal), en la forma de directrices y recomendaciones para el proceso de identificación de las necesidades y el proceso de elaboración de planes de salud apoyados en tales necesidades planteadas.

### BUENAS PRÁCTICAS

- Índice de Vulnerabilidad a la Salud:

<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=151852&chPlc=151852&pldPlc=&app=salanoticias>



Como resultado de la relación existente entre salud y estructura social, además de la estratificación de la población de acuerdo a las condiciones de vida, el municipio de Belo Horizonte construyó un indicador compuesto sintetizando diferentes variables socio-económicas y ambientales para orientar la identificación de desigualdades en los perfiles epidemiológicos permitiendo la identificación de condiciones desfavorables en el espacio urbano y permitiendo el diseño más apropiado de la red de asistencia.

El índice favorece la planificación de acciones de salud, dirigiendo sus esfuerzos a los sectores más vulnerables de la población municipal y racionalizando el uso de los recursos, por lo general limitados.

## 2.1.2 ARTICULACIÓN INTERFEDERAL / REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Mediante el decreto 7508/2011 se reguló la ley orgánica del SUS (Ley n. 8080/90), que incluye: aspectos organizacionales del Sistema Único de Salud, planificación, asistencia sanitaria y articulación interfederal. La norma trajo hipótesis innovadoras para la planificación de las acciones de salud, como las regiones de salud, el mapeo de la salud, identificando la oferta de los servicios y las necesidades regionales y fortalecimiento de la viabilidad de los servicios en red.

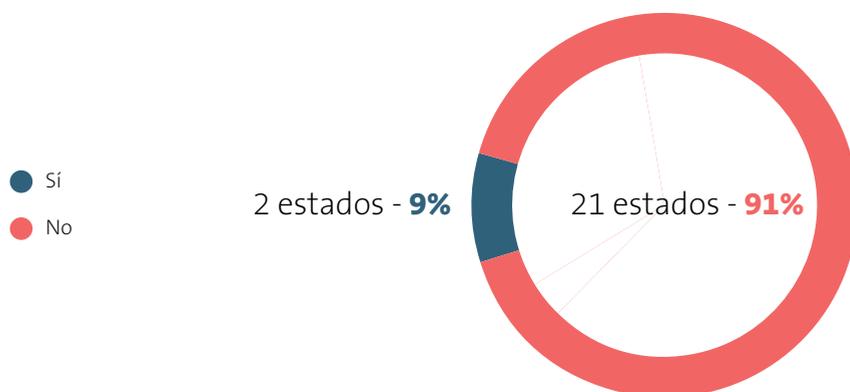
Esta nueva visión de planificación se tornaría realidad a través del Contrato Organizacional de la Acción Pública de la Salud (COAP), pasando por una amplia discusión a través de las Comisiones Intergerenciales Regionales (CIR), de Comisiones Intergerenciales Bipartitas (CIB) y de Comisiones Intergerenciales Tripartitas (CIT), con perspectiva ascendente de construcción de las responsabilidades individuales y solidarias de las entidades federales. Una vez establecidas las responsabilidades, se firmarían los contratos respectivos.



*Las Comisiones Intergerenciales son instancias de acuerdo consensual entre las entidades federales para definir las reglas de gestión compartida del SUS, partiendo de la organización y el funcionamiento de las acciones y servicios de salud integrados en redes de atención de la salud, siendo a nivel nacional, la Comisión Intergerencial Tripartita (CIT); a nivel estatal, la Comisión Intergerencial Bipartita (CIB); a nivel regional, la Comisión Intergerencial Regional, reconocidas por la Ley 12466/2011.*

Sin embargo, como se muestra en el siguiente gráfico, existe una escasa adhesión al nuevo mecanismo de planificación, cuyo punto crítico se refiere a la definición de las responsabilidades de cada entidad y la respectiva financiación de las acciones de salud.

### Adhesión estatal al Contrato Organizacional de Acción Pública de Salud



Además, como puede verse en los datos recogidos en la encuesta nacional de los administradores municipales de salud, existe la urgente necesidad de un mayor apoyo por parte de las Secretarías Estatales de Salud (SES) al trabajo de las Secretarías Municipales de Salud (SMS) porque, cuando se preguntó “¿La SES apoya al SMS en el diagnóstico de las necesidades de salud de la población y/o en la elaboración de la planificación de la salud de su municipio?”, respuestas de 1.829 encuestados, 732 (40%) señalaron que no están de acuerdo con la afirmación.

Aún así, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido desde la creación de las COAP-cuatro años- y la muy baja adhesión de las regiones de salud, se observó mal desempeño del Ministerio de Salud en materia de coordinación con los estados y municipios en el proceso de regionalización, reforzado por el hecho de no haberse llevado a cabo ninguna investigación formal que dé a conocer las razones de esta baja adhesión, a pesar de existir una meta establecida en el Plan Estratégico 2011-2015 para la adhesión al COAP.

Fragilidades en la articulación interfederal dan como resultado dificultades que afectan las actividades asistenciales. Partiendo de los principios de continuidad y la integridad de la atención, la PNAB define la atención básica como la red acogedora, determinada y que avanza en la administración y coordinación del usuario con otras Redes de Atención.

*Las redes de atención de salud (RAS) son arreglos organizacionales de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por medio de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión, buscan garantizar una atención integral.*



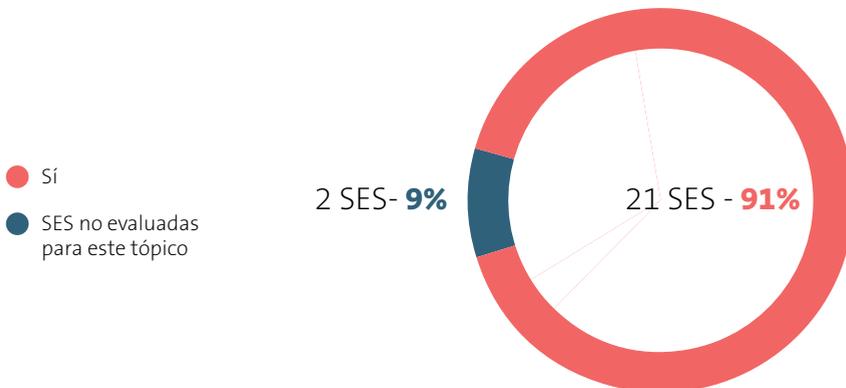
Para garantizar la atención de los usuarios es necesario establecer una relación horizontal, continua e integrada de los servicios de asistencia, con el objetivo de producir la gestión compartida del cuidado integral. Es a través de la articulación que se establece una gestión compartida, definiendo las responsabilidades individuales y solidarias de las entidades federales. En ausencia de tales definiciones, la solución de las necesidades de la población se ve afectada.

Vale la pena recordar que acciones y políticas de salud pública son estructuradas y ejecutadas por el SUS a través de tres instancias de complejidad: atención básica, media y alta complejidad, que atienden a los pacientes según sus cuadros clínicos.

Como ya se mencionó, la que recibe, clasifica y encamina a los usuarios según sus necesidades es la atención básica, es decir, desencadena la referencia. Después de atendido y resuelto el cuadro clínico en otro nivel de complejidad (media o alta), el paciente es encaminado nuevamente a su origen de acogida en las Unidades Básicas de Salud (UBS), que caracteriza la contrareferencia. Tales flujos de referencia y contrareferencia están directamente afectados por las acciones de articulación interfederal.

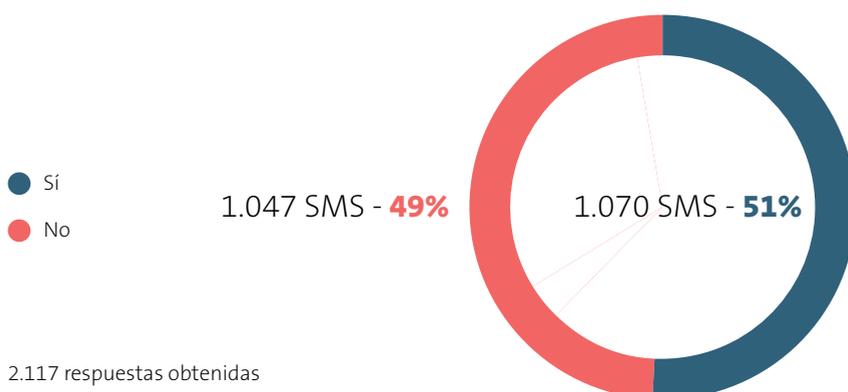
Dicho esto, se destaca que en 21 de los 23 estados auditados se identificaron dificultades en estos encaminamientos, sobre todo la ausencia de flujos de referencia y contrareferencia, así como la falta de formación de los profesionales de las UBS sobre el tema y la escasez de infraestructura de tecnología de información para apoyar las actividades.

#### SES con dificultades en los procesos de contrareferencia y referencia entre la AB y los tres niveles de atención



Bajo el prisma de los SMS, según las respuestas de los administradores municipales de salud a la encuesta nacional, existe un indicador de que hay margen para mejorar estos flujos, pues el 49% (1047 de 2117 respuestas obtenidas) del SMS indicaron que **no** hay registro de contrareferencia después del encamamiento del paciente de la atención básica a otros niveles de atención de la salud.

### Existencia de registro de contrareferencia



En el caso del gestor nacional del SUS, se verificó que la acción ministerial debe incrementarse con el fin de fortalecer acciones encaminadas a apoyar, fomentar, evaluar y supervisar la práctica de la contrareferencia de pacientes del SUS.

### 2.1.3 FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN BÁSICA

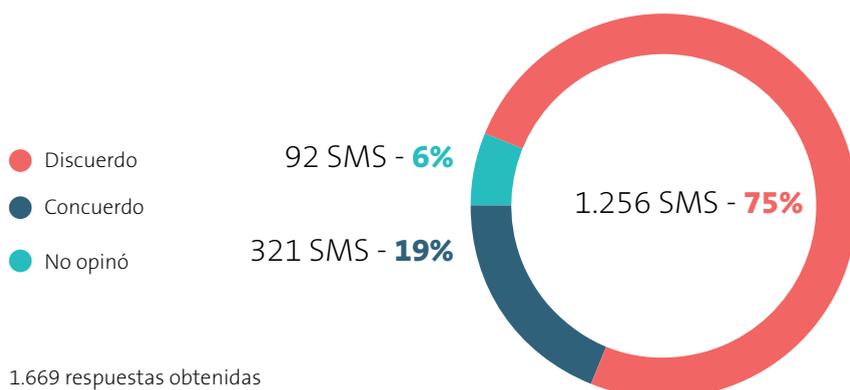
La financiación de la atención básica es tripartita cuyos recursos son destinados por la Unión, estados, Distrito Federal y municipios.

No existe definición en las normas que establezcan la proporción de participación de cada entidad federada. Sin embargo, hay criterios específicos en relación al financiamiento bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (Límite para la Atención Básica Fija y el Límite para la Atención Básica Variable). Ni existe un criterio común para los estados y, en general, ocurre un complemento municipal para ejecutar acciones de atención básica de salud municipal.

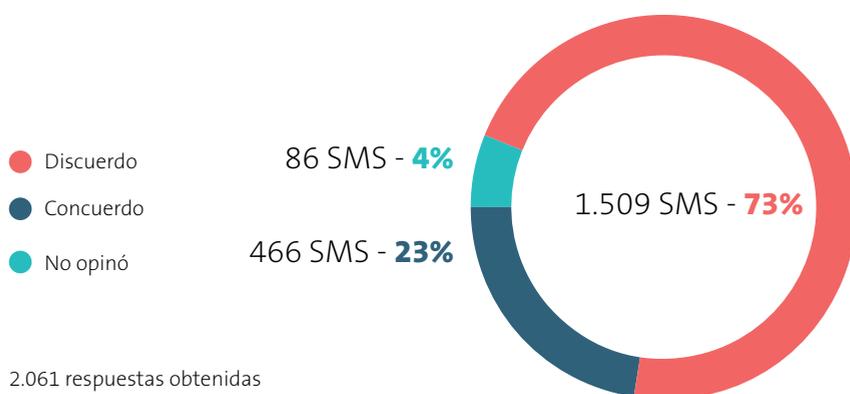
Los gestores municipales, en la encuesta nacional, mostraron que la contribución de la Unión y los estados no es suficiente para financiar acciones de aten-

ción básica, dada la complejidad de los servicios para satisfacer las demandas de la población, como lo demuestran los siguientes gráficos:

**Respuestas a la pregunta: “¿Usted está de acuerdo con el volumen de recursos transferidos por el estado a su municipio para aplicar en la atención básica?”**



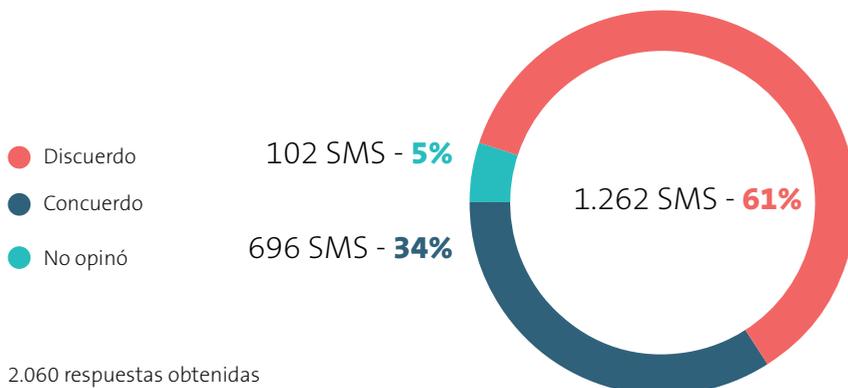
**Respuestas a la pregunta: “¿Usted está de acuerdo con el volumen de recursos transferidos por el Ministerio de Salud a su municipio para aplicar en la atención básica?”**



La planificación de las acciones de salud del SUS debe guiarse por las necesidades de la población, pero ante el volumen de recursos transferidos a los municipios, por parte de los estados y la Unión, las acciones son planeadas, en la práctica, a partir de la capacidad de oferta del sistema que se revelan insuficientes para hacer frente a las necesidades de los usuarios, en gran parte de los municipios.

La encuesta dirigida a los secretarios municipales también identificó desacuerdo con los criterios adoptados por el Ministerio de Salud en la asignación de recursos para la atención básica a la salud, conforme el siguiente gráfico.

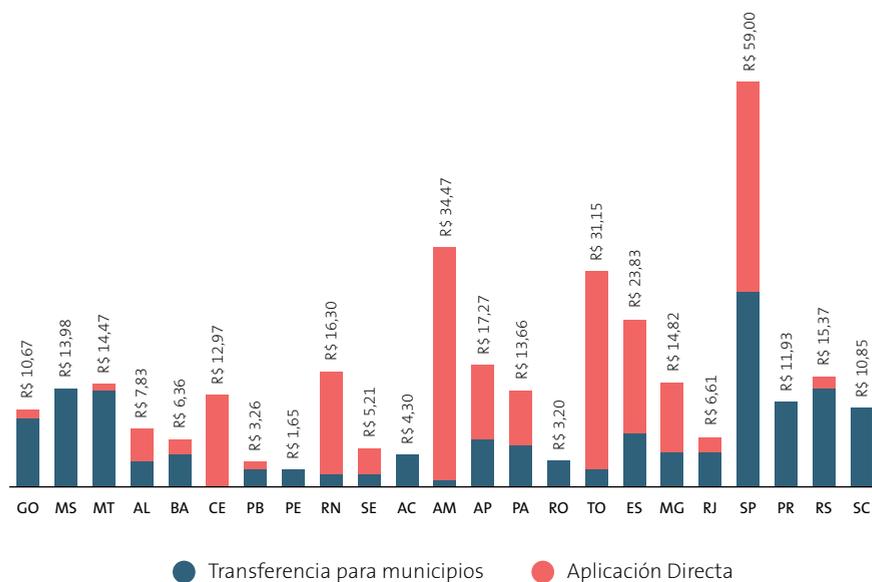
**Respuestas a la pregunta: “¿Usted está de acuerdo con los criterios vigentes para la distribución de los recursos entre los municipios, conforme a la transferencia del Ministerio de Salud para aplicación en la atención básica?”**



2.060 respuestas obtenidas

Estos argumentos son reforzados por los datos presentados por el equipo de auditoría del TCU en su informe de auditoría, donde se pueden observar informaciones que indican la aplicación desproporcionada de los recursos estatales per cápita en atención básica, como se vislumbra en el siguiente gráfico.

**Gastos estatales con la atención básica, per cápita, en 2011**



Fuente: Departamento de Economía de la Salud, Inversiones y Desarrollo.

Nota: 1) Basado en cuestionarios aplicados a las SES.

2) Maranhão, Piauí: no respondieron. Distrito Federal: no se aplicó el cuestionario, dadas sus características híbridas. Acre: respuestas inconsistentes a las aplicaciones directas. Roraima: aparece R\$ 0.00 en la planilla de 2011.

3) Etiquetas de datos con la suma de las transferencias a los municipios y aplicaciones directas.

La financiación insuficiente de la atención básica, asociado a los problemas de gestión -tales como: la baja institucionalidad, equipos incompletos, rotación de profesionales-, desorganizan el progreso de los servicios, así como las dificultades en la infraestructura necesaria para la acogida y encaminamiento compatibles con las necesidades de los usuarios, y convergen a la baja solución de los servicios de atención básica, repercutiendo en la “Proporción de Internamientos por Condiciones Sensibles a la Atención Básica” (ISAB).

Este indicador mide el “porcentaje de hospitalizaciones sensibles a la atención básica de residentes dividido por el total de internaciones clínico-quirúrgicas por residentes en un municipio determinado por periodo considerado”.

Si el indicador es alto, significa que las hospitalizaciones sensibles representan la mayoría de las internaciones de mediana complejidad y mide indirectamente la baja resolución de atención básica. El indicador presupone que hay una necesidad de hospitalización para el tratamiento clínico de una gama de trastornos y que, entre estas enfermedades, hay un subconjunto de causas más sensibles a la efectividad de la atención básica. Es decir, acciones más calificadas de atención desarrolladas en este nivel de atención pueden evitar hospitalizaciones.

El parámetro adoptado por el Ministerio de Salud como techo para este indicador es del 28,6% de las hospitalizaciones sensibles a la atención básica en relación con todas las internaciones clínicas. Los valores por encima de este índice implican la baja efectividad de la atención básica. Sin embargo, la auditoría del TCU identificó preocupante situación analizando el Índice de Desempeño del Sistema Único de Salud (IDSUS), debido a que sólo el 31% de los municipios (1737 de 5565 municipios evaluados) puede obtener una proporción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención básica dentro del límite establecido por el Ministerio.

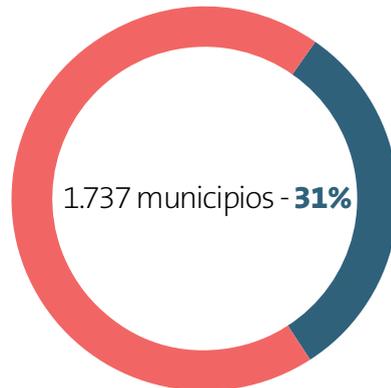
### Proporción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención básica

- Arriba del techo establecido por el MS
- Dentro del límite establecido por el MS

3.828 municipios - **69%**

Total de municipios brasileños con indicador encima del parámetro (28,6%) del Ministerio da Salud

1.737 municipios - **31%**





*Según el Tribunal de Cuentas del Estado de Rio Grande do Sul, que todavía no ha sido objeto de investigación de los Secretarios Municipales, la cuestión de la equidad con los gastos en salud, a nivel nacional, se refiere a la disparidad significativa en el gasto per cápita con Acciones y Servicios de Salud Pública (ASP), en el enfrentamiento entre los municipios brasileños*

*Esta realidad es sin duda multicausal, a partir de criterios concentradores de devolutividad del ICMS, disparidades regionales en el potencial económico de los municipios, y fragilidad de las políticas compensatorias adoptadas por el Ministerio de Salud, a pesar de previsión constitucional e infraconstitucional centrada en estos aspectos (arts. 3 y 198, § 3, Fracción. II, de la CF; y arts. 17 y 19 de la LC 141/12).*



## BUENAS PRÁCTICAS

En Pernambuco, el TCE identificó que la transferencia de recursos financieros a los municipios pernambucanos se realiza por el grado de desempeño en la atención básica de salud. Por esta política de incentivos, se evalúan a los municipios a partir de 10 indicadores estratégicos de rendimiento acordados entre la Secretaría Estatal de Salud de Pernambuco y el Consejo de Secretarios Municipales de Salud de Pernambuco.

Entre estos indicadores, tenemos: el porcentaje de muertes de mujeres en edad fértil investigadas; el porcentaje de muertes infantiles investigadas; el porcentaje de nacidos vivos de madres con siete o más consultas prenatales; y el porcentaje de pacientes con hipertensión arterial acompañados. Para cada uno de estos indicadores, se han establecido parámetros de evaluación y el valor de la asignación de estado varía según el rango de estos parámetros. Esta práctica promueve una mejora de indicadores de salud y valoriza el desempeño de los municipios a partir de la evaluación de sus méritos.







## 2.2 GESTIÓN DE PERSONAS

**T**odas las esferas del gobierno tienen responsabilidad compartida, según la Política Nacional de Atención Básica (anexo I, De las responsabilidades, inciso VI), en la promoción de acciones para el desarrollo de mecanismos técnicos y estrategias organizacionales de calificación de la fuerza de trabajo para la gestión y atención de la salud y para valorizar a los profesionales de salud estimulando y facilitando la educación permanente de los profesionales de los equipos, la garantía de los derechos laborales y seguridad social, la calificación de los vínculos de trabajo y la institución de profesiones que asocien el desarrollo del trabajador con la calificación de los servicios ofrecidos a los usuarios.

La PNAB reconoce el carácter e iniciativa ascendente de la educación permanente, y la importancia de que “cada equipo, cada unidad de salud y cada municipio demande, proponga y desarrolle iniciativas de educación permanente, tratando de hacer coincidir las necesidades y posibilidades únicas de ofertas y procesos más amplios de una propuesta política para todos los equipos y todo el municipio”.

Al respecto de este tema, la auditoría trató de responder cómo las secretarías de salud trabajan para promover la asignación, la permanencia y la educación permanente de los gestores y profesionales en la atención básica.

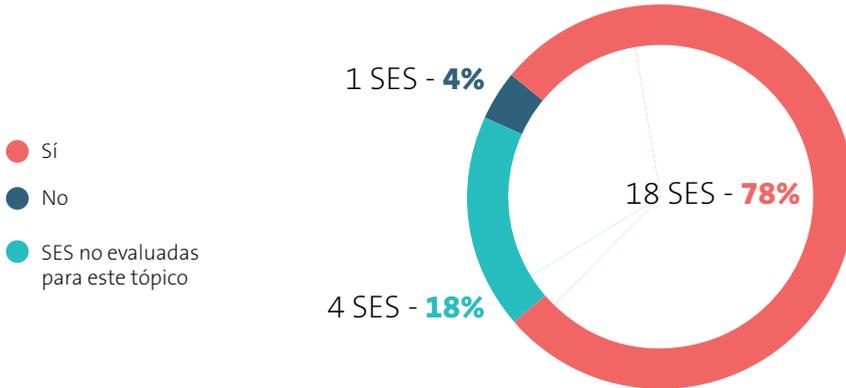
### 2.2.1 ACCIONES PARA LA CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE DE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN BÁSICA

Según el Ministerio de Salud, la formación de los trabajadores es un componente importante para el proceso de calificación de la fuerza de trabajo, ya que contribuye a la efectividad de la política nacional de salud.

Además, en términos de la PNAB, la consolidación y mejora de la atención básica como importante reorientadora del modelo de atención de la salud en Brasil requieren un saber y un quehacer en educación permanente que se materialice en la práctica concreta de los servicios de salud. Por lo tanto, la educación permanente debe ser constitutiva de la calificación de las prácticas de cuidado, gestión y participación popular.

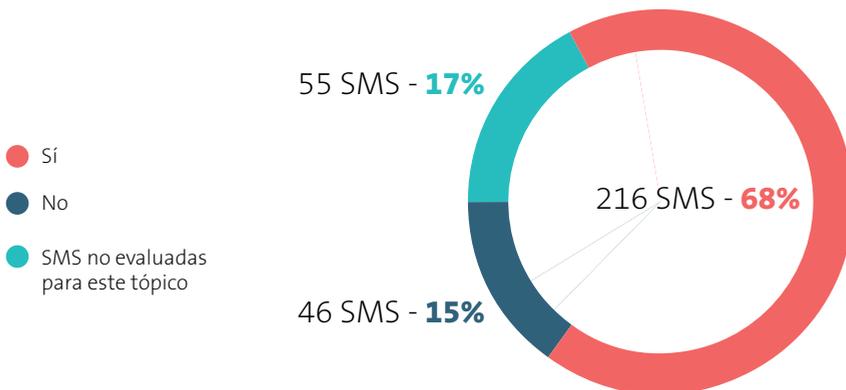
Sin embargo, de las 23 Secretarías Estatales de Salud (SES) auditadas por los Tribunales de Cuentas estatales, en 18 de ellos (el 78%) se detectaron dificultades en la preparación y ejecución de capacitación y entrenamiento de gestores y profesionales de la atención básica

#### SES con dificultades en acciones de capacitación de los profesionales y gestores da AB



Con respecto al nivel municipal, se hace hincapié que de los 317 municipios fiscalizados por los 28 equipos de auditoría (de los tribunales de cuentas estatales y municipales), en 216 de ellos (el 68%) se identificaron dificultades en las acciones de capacitación y entrenamiento de gestores y profesionales de la atención básica.

#### SMS con dificultades en acciones de capacitación de los profesionales y gestores da AB

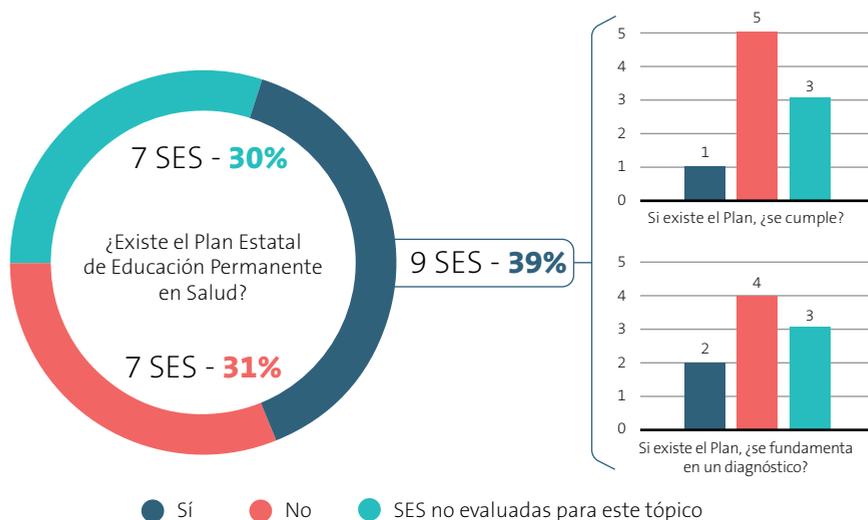


Tanto a nivel estatal como municipal, dos causas, entre otras, son relevantes para la ocurrencia del hallazgo: la falta de diagnóstico que justifique la elaboración de planes de educación permanente, objetivando la capacitación de gestores y profesionales de atención básica; y la ausencia de los propios planes de educación permanente de los estados y municipios auditados.

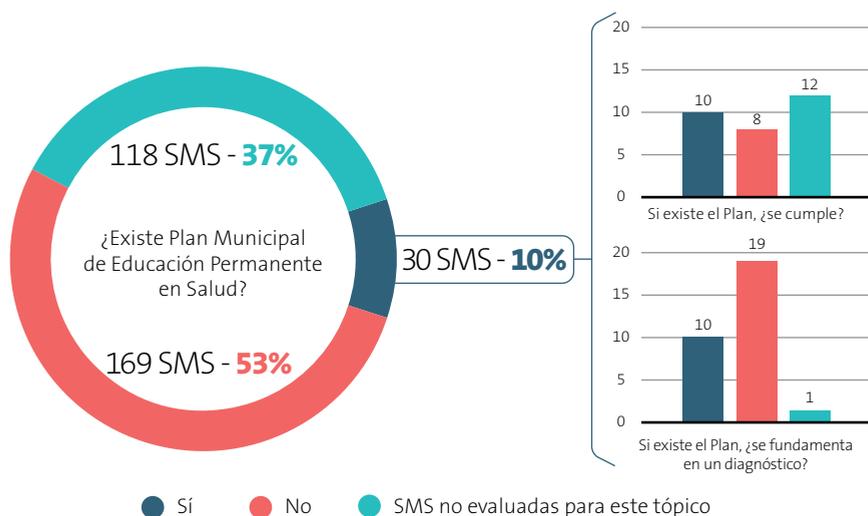


Como efectos se tiene el perjuicio de la calidad de los servicios prestados a los usuarios, así como el compromiso con los principios y directrices de la PNAB

**Principales causas del hallazgo, en el nivel estatal**



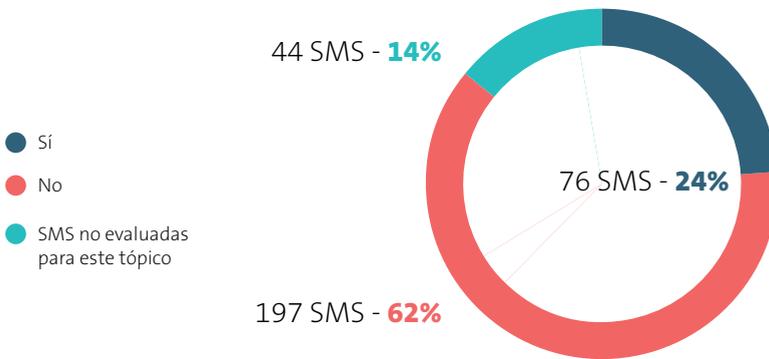
**Principales causas del hallazgo, en el nivel municipal**



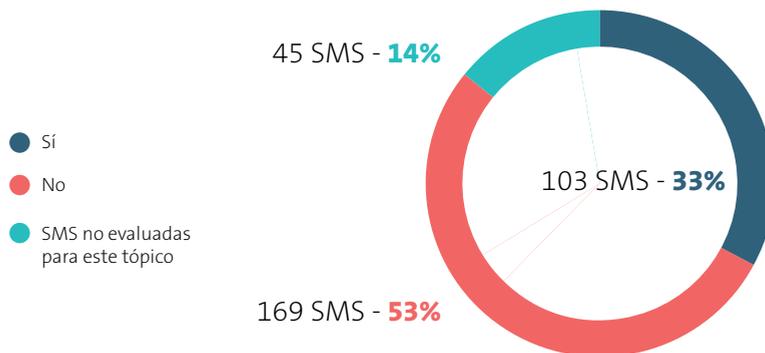
Como se puede observar en los gráficos, en relación con el Plan Municipal de Educación Permanente, de los 317 municipios visitados, sólo en 30 ( el 9,5%) se constató su existencia, y, entre éstos, sólo en 10 municipios el plan se implementó y fundamentó en un diagnóstico.

También se buscó averiguar si la oferta de cursos orientados a la atención básica era suficiente para satisfacer las necesidades planteadas y si los profesionales eran interrogados por los gestores municipales sobre las necesidades de capacitación. Se observó que sólo el 24% (76) de los 317 municipios visitados presentó oferta de cursos considerada suficiente, y que en el 33% (103) de los municipios los profesionales son demandados con respecto a sus necesidades.

**¿La oferta de cursos centrados en la atención básica se considera suficiente para satisfacer las necesidades diagnosticadas?**



**¿La gestión municipal pregunta a los profesionales de la atención básica sobre las necesidades de capacitación?**



A nivel federal, en relación con acciones del gestor federal, cuyo objetivo era de responsabilidad del TCU, se constató que el Ministerio de Salud no ha ejercido plenamente los poderes establecidos en la Política Nacional de Educación Permanente en Salud, ya que no ha planeado sistemáticamente la educación permanente de profesionales y gestores, necesaria para la atención básica.

Específicamente, se encontró que los recursos transferidos por el órgano federal no se basan en el análisis de los Planes Regionales de Educación Permanente de la Salud, y no hay ningún estudio nacional de necesidades de capacitación.



Se identificó la necesidad de estímulo ministerial continua de acciones de educación permanente en los procesos de gestión, con el objetivo de mejorar el desempeño de los gestores involucrados en las acciones de atención básica, con respecto, por ejemplo, a planificación, asignación de recursos, gestión del conocimiento, comunicación, gestión del desempeño.

### BUENAS PRÁCTICAS

En Santa Catarina, el TCE ha identificado una acción denominada Apoyo Matricial, en el municipio de Joinville, que busca llevar a cabo discusiones de casos entre los profesionales la Mediana y Alta Complejidad (MAC) de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF) y de la atención básica con el fin de promover el intercambio de experiencias. La iniciativa permite mejor calificación del profesional de atención básica de salud, dejándolo más seguro en el seguimiento de casos y reduciendo el número de encaminamientos a las unidades de MAC.

En el otro lado del país, en Rondônia, el TCU observó, en el municipio de Teixeiraópolis, una iniciativa de autocapacitación de los equipos Estrategia de Salud Familiar (ESF), que tiene lugar en la UBS, realizada por ellos mismos. La planificación es hecha normalmente por enfermeras, dentistas y médicos en conjunto con los demás miembros de los equipos: ACS, auxiliares, técnicos de enfermería y salud oral. Según los informes, los equipos están más motivados, dedicados e involucrados con el trabajo, tornándose cada vez más capaces para hacer frente a las dificultades que se presentan en la Atención Básica.



- CANAL SALUD DE MINAS

<http://www.esp.mg.gov.br/component/gmg/story/1237-comunicado-canal-minas-saude>

Instrumento de capacitación de la salud que utiliza diferentes medios para alcanzar al público objetivo (TV, radio, internet y EAD), con el objetivo de desarrollar actividades de información, comunicación y educación. La iniciativa se suspendió, según información contenida en el enlace anterior; sin embargo, merece destacar la difusión del conocimiento utilizando medios amplios y de bajo coste para el público objetivo.



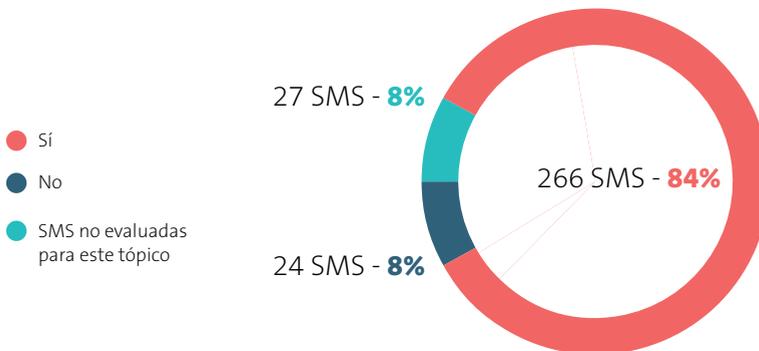
## 2.2.2 ACCIONES PARA LA COLOCACIÓN Y LA PERMANENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN BÁSICA

La importancia de la designación y la permanencia de los profesionales de la salud se justifican en los propios fundamentos y directrices de la atención básica. En particular, los de adscribir usuarios y desarrollar relaciones de vínculo y responsabilidad entre los equipos y la población adscrita, asegurando la continuidad de las acciones de salud y de la longitudinalidad del cuidado.

Siendo la adscripción de los usuarios un proceso de unión de personas, familias y grupos de profesionales y equipos, con el objetivo de ser una referencia de su cuidado; el vínculo, la construcción de relaciones de afecto y confianza entre el usuario y el trabajador de salud, permitiendo profundizar el proceso de corresponsabilidad de la salud; y por último la longitudinalidad del cuidado, que es la continuidad de la relación clínica con la construcción de enlace y responsabilidad entre profesionales y usuarios a lo largo del tiempo y de forma permanente, haciendo un seguimiento de los efectos de las intervenciones en salud y otros elementos en la vida de los usuarios.

En este sentido, se identificó que en 266 ( el 84%) de los 317 municipios auditados se observaron fragilidades en lo referente a acciones de designación y permanencia de los profesionales de la atención básica.

### SMS con fragilidades en las acciones para la designación y permanencia de los profesionales de AB

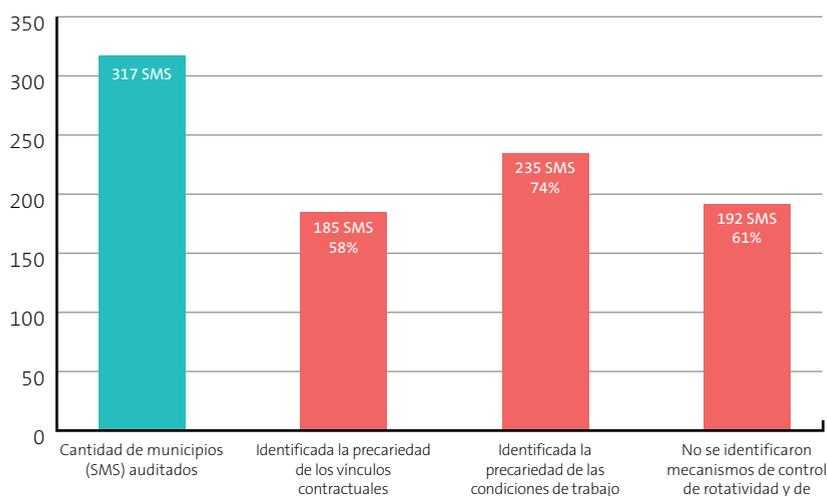


Entre los hallazgos, se destacan tres observaciones: los equipos de auditoría encontraron que en 185 ( el 58%) de los municipios visitados, hay vínculos



contractuales precarios; en 235 (el 74%) se encuentran en precarias condiciones de trabajo; y en 192 (el 61%) no hay mecanismos de control de rotación y absentismo de los profesionales de la salud.

### Ejemplos de fragilidades identificadas en los municipios auditados



Además, la encuesta electrónica nacional efectuada con las Secretarías Municipales de Salud indicó escenarios significativos para la comprensión de las fragilidades identificadas. Por ejemplo, 1/3 de los encuestados (1708 de 2.544 respuestas obtenidas) informó que la SMS no tiene un diagnóstico de las necesidades de colocación de personal para las UBS. Además, el 43% (1063 de 2445 respuestas obtenidas) informó que en el municipio no hay instrumentos destinados a promover la designación y permanencia de los profesionales de la atención básica.

*En esta misma encuesta, se identificaron una serie de causas de cese de los médicos que trabajan en las UBS. Entre ellas, la carga horaria requerida aparece como la razón principal (1843 respuestas); seguido por la distancia de los grandes centros (1127 respuestas), los bajos salarios (1108 respuestas) y perfil médico no adecuado para actuar en la atención básica (995 respuestas). Se obtuvieron un total de 2571 respuestas, teniendo la posibilidad de elegir más de una opción.*



No se abordaron acciones de designación y permanencia en el nivel federal, por el hecho de ser practicadas principalmente por las administraciones locales.





## 2.3 SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Según el ciclo PDCA (del inglés Plan, do, Check and Act), herramienta de gestión creada en la década del 20 y ampliamente publicitada desde los años 50 por el experto en calidad William Demming, la gestión debe pasar cíclicamente a través de las etapas de planificación, ejecución y chequeo, acción o ajustes para lograr la mejora continua de sus procesos y productos

El seguimiento y evaluación aparecen en el ciclo PDCA como actividades de verificación de etapas que permiten al administrador enfrentar la planificación y ejecución y adoptar las medidas correctivas, reordenar rumbos o reforzar prácticas. Por lo tanto, la gestión debe supervisar y evaluar los resultados obtenidos, compararlos con las metas previstas y analizar lo establecido en la planificación con la forma en que se ejecutó, con miras a identificar las causas de las posibles discrepancias e incoherencias.

En este contexto, el seguimiento se configura como una observación periódica y sistemática del desarrollo de las actividades, del uso de los recursos y producción de resultados mediante la comparación con la planificación inicial, debiendo producir informaciones y datos confiables para apoyar el análisis y posibles decisiones de revisión y corrección de la planificación. La evaluación, a su vez, implica juzgar y decidir, basándose en un análisis de lo que se ha hecho o el resultado obtenido, en comparación con un referente que se considera como un ideal a alcanzar.

La auditoría coordinada trató de evaluar si los estados y municipios tienen la estructura, los indicadores y el soporte de tecnologías de la información (TI), para que el sistema de seguimiento y evaluación puede contribuir a mejorar la gestión de la salud dentro de sus jurisdicciones.

### 2.3.1 ESTRUCTURAS INSTITUCIONALES Y EQUIPOS TÉCNICOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA

De acuerdo con el art. 15 de la Ley 8080/1990, que establece las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes, la Unión, los Estados,



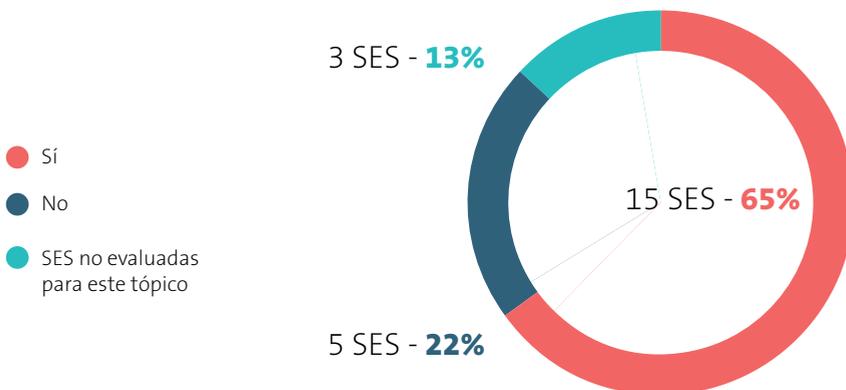
el Distrito Federal y los municipios ejercerán , en su ámbito administrativo, entre otras cosas, las siguientes funciones: definición de las instancias y los mecanismos de control, evaluación y fiscalización de las acciones y servicios de salud; seguimiento, evaluación y difusión del nivel de salud de la población; Organización y coordinación del sistema de información de salud.

La PNAB también dispone sobre esto, ya que son responsabilidades comunes a todas las esferas del gobierno, conforme los artículos VIII y IX: Planificar, apoyar, supervisar y evaluar la atención básica; así como establecer mecanismos de control, regulación y seguimiento sistemático de los resultados obtenidos a través de las acciones de atención básica.

El Ministerio de salud, a su vez, mediante Decreto GM/MS 1.654, de 19 de julio de 2011, instituyó en el ámbito del SUS, el Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Básica de salud (PMAQ-AB), que debe aplicarse, entre otras acciones, a través del seguimiento llevada a cabo por los equipos de salud de atención básica, por las SMS, por la SES del Distrito Federal, por las SES y por el Ministerio de Salud, en colaboración con los Comités Intergerenciales Regionales, a partir de los indicadores de salud contractuales.

Sin embargo, con respecto a las estructuras para las acciones de seguimiento y evaluación, los análisis de los Tribunales de Cuentas estatales participantes de esta auditoría identificaron la ausencia o insuficiencia de estructuras y equipos técnicos para el seguimiento y evaluación de la atención básica en 15 ( el 65%) de los 23 SES auditados.

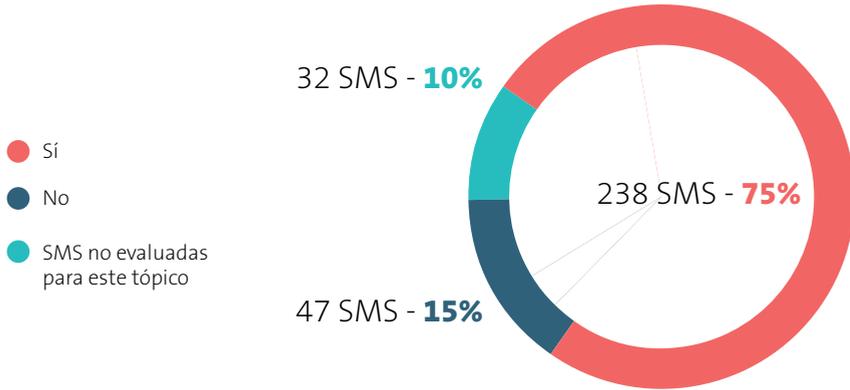
#### SES con dificultades en las estructuras para el seguimiento y evaluación de AB





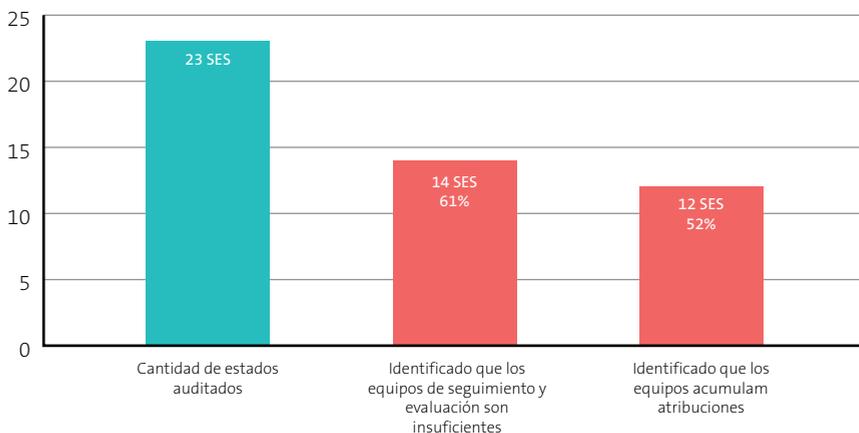
En la perspectiva del nivel municipal se visualizó situación similar. En 238 (el 75%) de SMS, de un total de 317 municipios fiscalizados, los equipos de los 28 tribunales de cuentas también identificaron la ausencia o insuficiencia de estructuras técnicas y equipos para el seguimiento y evaluación de la atención básica.

### SMS con dificultades en estructuras destinadas al seguimiento y evaluación de la AB



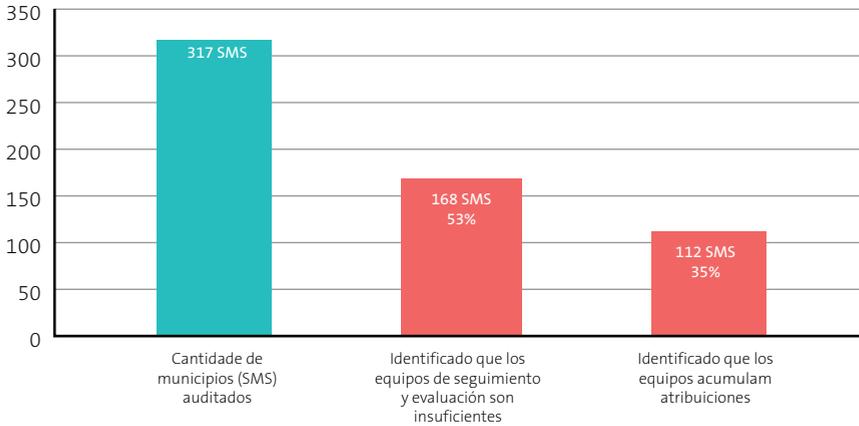
Entre las observaciones que respaldaron estos entendimientos, a nivel estatal, podemos destacar las siguientes: de las 23 SES auditados, en 14 (el 61%) de estas los equipos de seguimiento y evaluación de la atención básica son insuficientes para el desarrollo de las actividades; y en 12 (el 52%) secretarías, los equipos acumulan más atribuciones de más de un sector. En los municipios también se constató que los equipos de seguimiento y evaluación de la atención básica son insuficientes para el desarrollo de las actividades (en 168 SMS – el 53%) y que los equipos acumulan atribuciones (112 SMS - 35%).

### Ejemplos de fragilidades identificadas en las SES auditadas



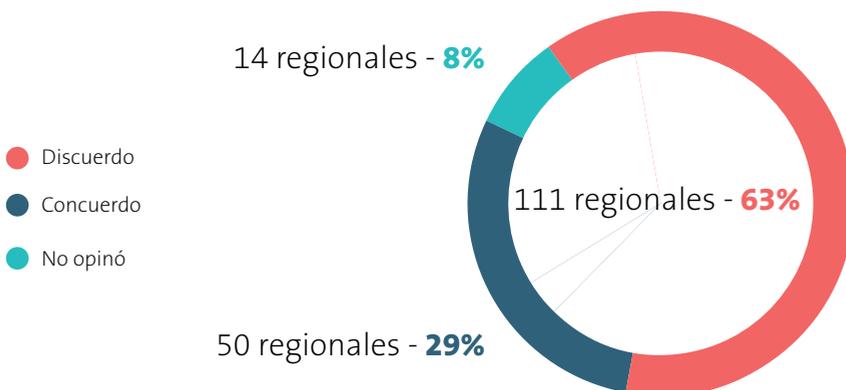


### Ejemplos de fragilidades identificadas en las SMS auditadas



Junto a esto, la encuesta nacional llevada a cabo con los gestores regionales de salud, con 175 respuestas obtenidas, corrobora lo identificado por el TC en las visitas realizadas. A la pregunta “¿Cuál es su opinión acerca de la afirmación ‘la cantidad de gente que tengo en mi equipo para el seguimiento y evaluación de los indicadores de la atención básica es suficiente?’”, el 63% de los gestores regionales respondieron que no.

### Cantidad suficiente de personas para el seguimiento y evaluación da AB, según las gerencias regionales de salud



En las entrevistas, los gestores estatales destacaron que la actual estructura en las SES es insuficiente y que sería conveniente tener equipos mejor estructurados en las regionales de salud para el desarrollo de actividades de seguimiento y evaluación



Lo que se observa en el cuadro, en resumen, es el compromiso del seguimiento sistemático y evaluación de la atención básica, el perjuicio de la capacidad evaluativa de las SES y SMS, el déficit de información estratégica para la toma de decisiones y para la adopción de medidas correctivas, sobrecarga de funciones de los técnicos de las SES y SMS y la dificultad en la planificación de la atención básica a través del uso de evaluaciones superficiales

La existencia de estructuras y equipos de seguimiento y evaluación de la atención básica no fue objeto de evaluación de la auditoría realizada por el TCU, una vez que, a nivel federal, estas estructuras son orgánicas del Ministerio de salud, ya sea en una visión ministerial (Departamento de seguimiento y evaluación del SUS de la Secretaría Ejecutiva) o en una visión específica de la atención básica (Coordinación General de seguimiento y evaluación del Departamento de Atención Básica de la Secretaría de atención a la salud)

### 2.3.2 INDICADORES

Los indicadores son instrumentos valiosos para el seguimiento y evaluación de la situación de salud, puesto que son parámetros utilizados para saber si se lograron los resultados deseados, siendo elaborados sobre la base de un conjunto de criterios previamente definidos.

La importancia del uso de indicadores no es sólo permitir el análisis de desempeño de los resultados, sino también el desempeño de los procesos, así como las causas que conducen a tales resultados. De esta manera, sirven para medir los resultados y administrar el rendimiento, basarse en el análisis crítico de los resultados obtenidos y la toma de decisiones, contribuir a la mejora continua de procesos organizacionales, facilitar la planificación y control de rendimiento y facilitar el análisis comparativo del desempeño de la organización.

Según el art. 2º, fracción II, del Decreto GM/MS 1654/11, del Ministerio de salud, que estableció el Programa Nacional para el Mejoramiento del Acceso y Calidad de Atención Básica de salud (PMAQ-AB), es norma del programa fomentar un proceso continuo y progresivo de mejora de estándares e indicadores de acceso y de la calidad que involucre la gestión, el proceso de trabajo y los resultados obtenidos por los equipos de salud de atención básica



Expuesto esto, cabe destacar que se identificó que la mayoría de los indicadores utilizados para supervisar y evaluar la atención básica proviene del Ministerio de Salud. En la encuesta nacional llevada a cabo con los gestores municipales de salud, 1729 Secretarías Municipales de salud (SMS) informaron el uso de los indicadores establecidos por el Ministerio de salud, 1230 utilizan los indicadores establecidos por las respectivas Secretarías Estatales de Salud (SES) y sólo 231 utilizan indicadores propios. Cabe señalar que los encuestados podrían indicar más de una opción y que se obtuvieron respuestas de 2530 SMS.

Sin embargo, a través de los análisis documentales realizados por el Tribunal de Cuentas en los documentos presentados por las SES y SMS auditadas, se encontró que, en general, los indicadores utilizados son insuficientes para evaluar la gestión y la calidad de los servicios prestados por la atención básica. A pesar de la diversidad de indicadores utilizados en la atención básica, se encontró que los procesos de gestión carecen de medidas por indicadores tales como los relacionados con la estrategia, planificación, toma de decisiones, asignación de recursos, gestión del conocimiento, comunicación y gestión de desempeño.

A pesar del conjunto de reglas que establecen el seguimiento y evaluación de la atención básica como responsabilidad de todos, el 18% de los gestores municipales (414 de 2334 respuestas obtenidas) que respondieron a la encuesta electrónica anteriormente mencionada informaron que la SMS no utiliza indicadores para evaluar y supervisar la gestión y calidad de los servicios. Además, según los datos recogidos en la encuesta, el 34% de los gestores municipales (784 de 2.327 respuestas obtenidas) afirmó que no revelan los resultados obtenidos de la atención básica en su municipio, demostrando fragilidad con respecto a la transparencia de informaciones. Estas cifras son relevantes ya que los buenos resultados de salud derivan, en gran parte, de los procesos gerenciales bien implementados y medidos.

Corroborando estos datos, se observó, a través del análisis de la encuesta electrónica hecha con las SES -en la que se obtuvieron 14 respuestas- que ese expresivo número de gestores estatales (5, cerca de 1/3) no estuvo de acuerdo con la siguiente declaración: “Los indicadores definidos para supervisar evaluar la atención básica cubren aspectos relacionados con la gestión de la atención básica de salud”.

Hecho similar se identificó a nivel ministerial, ya que, según el informe del TCU, los indicadores adoptados por el Ministerio de salud no son suficientes



para supervisar y evaluar la atención básica por completo, especialmente aspectos relacionados con los procesos de gestión que apoyan los servicios prestados por este nivel de atención.

Se ponderó que, históricamente, los indicadores de salud más utilizados son los de resultado, puesto que la planificación considera la situación de salud de la población que se mide por los indicadores de resultado. A pesar de ello, se hizo hincapié que las acciones de planificación no sólo deben guiarse por los resultados, como pueden incurrir en fallas estructurales en los procesos de gestión que afectan los resultados.

Se percibe, por lo tanto, el bajo uso de indicadores para supervisar y evaluar la gestión de la atención básica, situación que afecta las acciones de planificación federal, estatal y municipal, lo que refleja la mejora de la gestión de este nivel de atención.

#### BUENAS PRÁCTICAS

En Minas Gerais, el equipo TEC destaca el Cuaderno de Indicadores, documento preparado por el Gobierno del Estado, en el que constan los indicadores de resultados de dos programas en el informe anual: el Plan Minero de Desarrollo Integrado y el Acuerdo de Resultados. Los programas son herramientas de gestión con indicadores finales que permiten el seguimiento de los resultados alcanzados por los diversos interesados en políticas públicas. La iniciativa promueve la transparencia, control social y el uso de la información a interesados en el tema.



### 2.3.3 ESTRUCTURA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Según la Política Nacional de Atención Básica (PNAB), en las fracciones III, VII y X de las responsabilidades comunes a todas las esferas de gobierno, el



Ministerio de salud, las SES y las SMS deben garantizar la infraestructura necesaria para el funcionamiento de las Unidades Básicas de Salud (UBS); desarrollar, proporcionar e implementar sistemas de información de atención básica; y difundir la información y los resultados obtenidos.

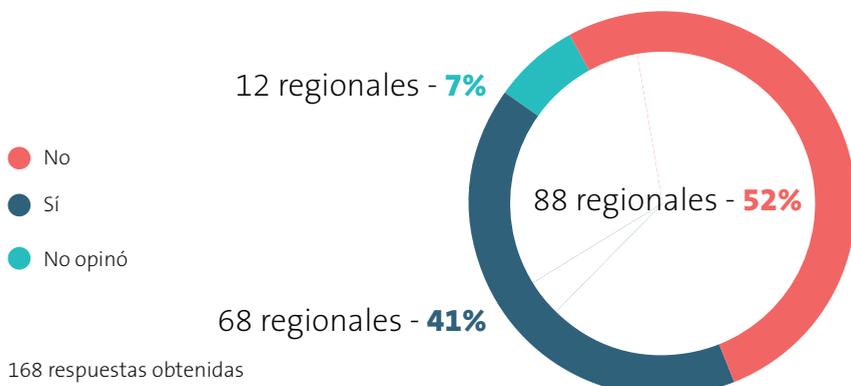
La Política también establece que compete a las SES analizar los datos de interés del estado generados por los sistemas de información, utilizarlos en la planificación y divulgar los resultados obtenidos. También, comprobar la calidad y consistencia de los datos enviados por los municipios mediante sistemas computarizados, devolviendo informaciones a los gestores municipales, así como consolidar, analizar y transferir al Ministerio de Salud los archivos de los sistemas de información enviados por los municipios según el flujo y los plazos establecidos para cada sistema.

A través de la Resolución 5, del 19 de junio de 2013, de la Comisión Tripartita de Intergestores, se establecen las reglas del proceso de acuerdo de directrices, objetivos, metas e indicadores para los años 2013-2015, a fin de fortalecer la planificación del SUS y la implantación del Contrato Organizativo de la Acción de Salud Pública (COAP). El art. 2º de esa Resolución dispone que el proceso de planificación del SUS, las directrices, los objetivos, las metas e indicadores acordados deben expresarse armoniosamente en los diferentes documentos adoptados por los gestores de salud, sirviendo como base para el seguimiento y evaluación de las entidades federadas en las tres esferas de gobierno.

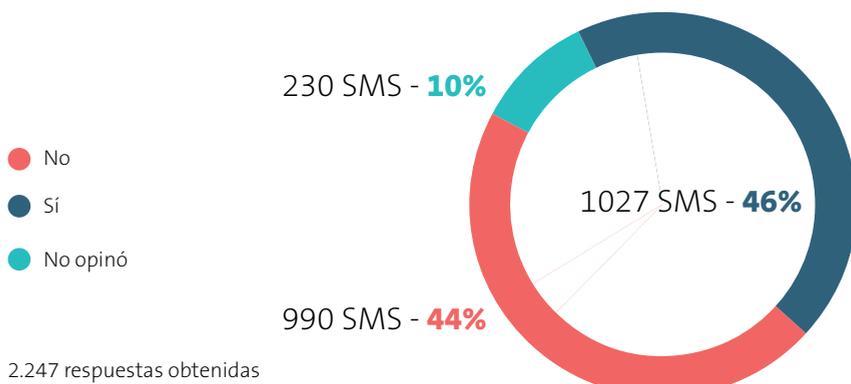
A pesar de lo establecido por la PNAB, los datos de la investigación nacional llevada a cabo con los gestores de las regionales de salud y de las Secretarías Municipales de Salud demuestran que el 57% de los encuestados de las regionales (100 de 175 respuestas obtenidas) y el 48% de los encuestados de las SMS (1031 de 2159 respuestas obtenidas) no están de acuerdo en que la estructura de tecnología de la información (TI) sea suficiente para el desarrollo de actividades de seguimiento y evaluación de la atención básica. Sin embargo, cuando se preguntó si la unidad (regional de salud o SMS) tiene un diagnóstico de la estructura del TI necesaria para el seguimiento y evaluación de la atención básica, se han posicionado así:



### Existencia de diagnóstico de la estructura de TI necesaria para supervisar y evaluar las acciones de AB en las gerencias regionales de salud



### Existencia de diagnóstico de la estructura de TI necesaria para supervisar y evaluar las acciones de AB en las SMS



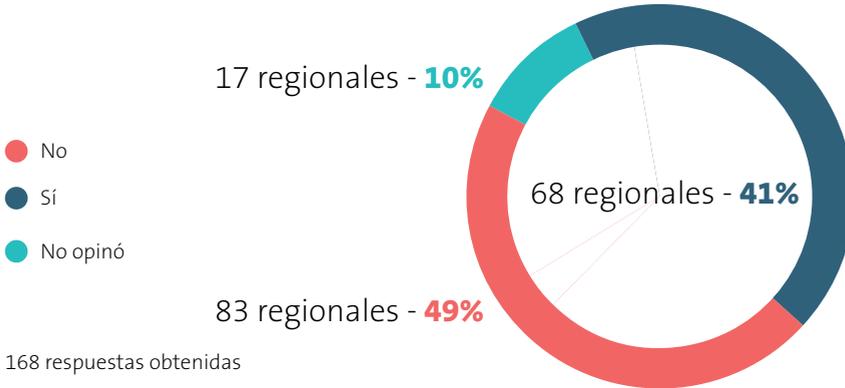
Los gráficos muestran que, aunque una parte importante de los gestores regionales de salud y de las SMS encuestados considere insuficiente la estructura de TI disponible en sus administraciones, similar parte **no** tiene cualquier diagnóstico de la estructura de TI necesaria para el seguimiento y evaluación de la atención básica, con miras orientar el perfeccionamiento de esta estructura.

Aún en relación a la estructura de TI, el 70% de los gerentes regionales de salud (117 de 168 respuestas obtenidas) y el 51% (1136 de 2247 respuestas obtenidas) de los gestores municipales que respondieron a la encuesta informaron que **no** existe planificación de TI que incluya acciones para satisfacer las necesidades de seguimiento y evaluación de la atención básica, socavando así las posibilidades de cambio y mejora de la estructura actual presentada.

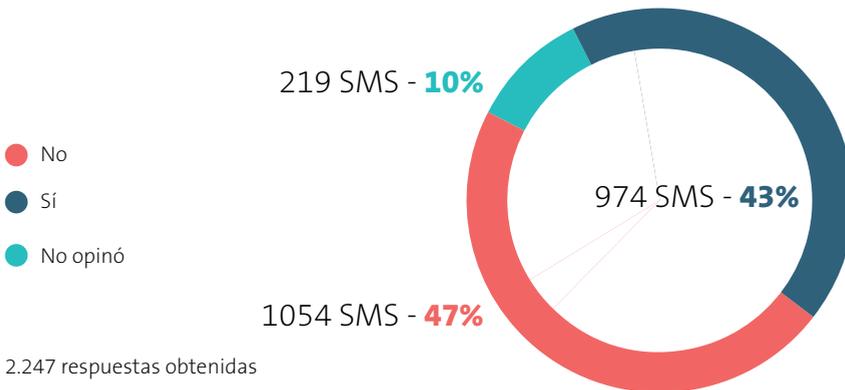


Con respecto a la disponibilidad de los sistemas de información para el seguimiento y evaluación, otra condición clave para el correcto desarrollo de estas actividades, la situación evidenciada por la encuesta nacional en el campo de los gestores regionales y de las SMS, quienes respondieron a la encuesta, se presenta en los siguientes gráficos siguientes.

**Disponibilidad de sistemas de información para ayudar en las acciones de seguimiento y evaluación de las AB en las gerencias regionales de salud.**



**Disponibilidad de sistemas de información para ayudar en las acciones de seguimiento y evaluación de la AB en las SMS**

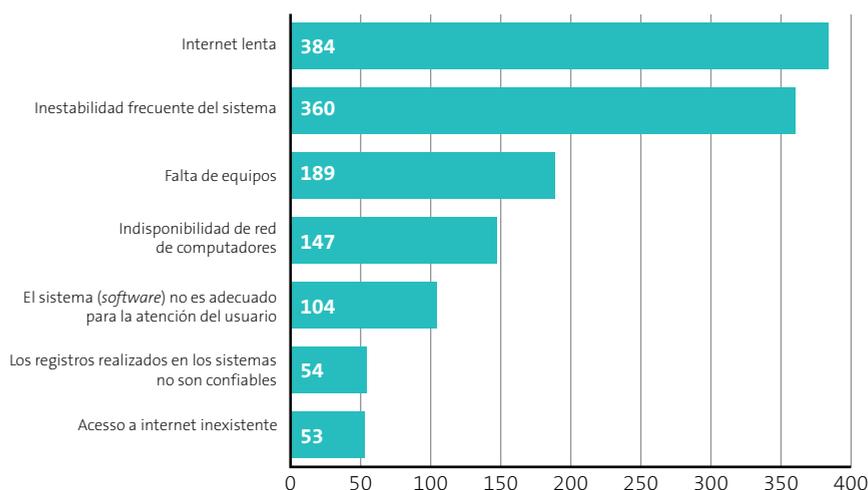


Las respuestas demuestran un universo significativo de regionales de salud y SMS sin acceso a sistemas de TI para tal tarea. Investigando más sobre los sistemas de TI, entre los que los tienen, el 91% (59 de 65 respuestas obtenidas) de los gestores de las regionales de salud y el 68% (528 de 771 respuestas obtenidas) de los gestores de las SMS encuestados anotaron que hay problemas en el uso de estos sistemas.



El siguiente gráfico presenta los problemas típicamente enfrentados por los gestores de las SMS; el orden de puntuación de problemas por los gestores regionales de salud era idéntico.

### Identificación de los problemas relacionados con sistemas de TI en las SMS



Nota: Era posible marcar más de una opción

Cuando se les preguntó si todas las UBS tienen acceso a los sistemas de información, el 49% (391 de 793 respuestas obtenidas) de los gestores municipales encuestados señaló la opción negativa, que indica cierta precariedad informativa en gran parte de los centros de salud del país.

Otro dato importante en la encuesta nacional con los gestores de salud municipales y regionales, en cuanto a la fiabilidad de los datos proporcionados por los municipios, el 54% (1213 de 2192 respuestas obtenidas) de secretarios municipales de salud y el 44% (75 de 172 respuestas obtenidas) de los gestores regionales de salud, que respondieron a la encuesta, declararon que no existe ningún procedimiento para la comprobación de la fiabilidad de los datos relativos a la atención básica alimentados por los municipios en los sistemas de información, lo que resalta baja garantía de fiabilidad de los datos registrados y puestos a disposición.

Se ha encontrado, también, que el Ministerio de salud carece de diagnóstico detallado y estructurado de las necesidades de recursos de Tecnología de la Información en los estados y municipios, necesarios para la adecuada prestación de los servicios de atención básica, comprometiendo, de esta manera, un planeamiento orientado a una asistencia equilibrada en las acciones e instrumentos de apoyo desarrollados por el gestor federal.



## BUENAS PRÁCTICAS

El municipio de Sapeaçu, en Bahía, según lo observado por el TCU, tiene el programa AtendSaúde, que promueve la informatización y automatización de las actividades del agente comunitario de salud (ACS) para recopilar informaciones de campo, mediante el uso de dispositivos móviles (tabletas) y la tecnología de georreferenciamiento.

<http://www.sapeacu.ba.gov.br/noticias/379/tecnologia-implantada-na-Sade-de-sapeau-ser-apresentada-em-Congresso-internacional.html>

<http://www.sapeacu.ba.gov.br/noticias/379/tecnologia-implantada-na-sade-de-sapeau-ser-apresentada-em-congresso-internacional.html>



Las tabletas disponibles para los ACS replican las fichas en un formato digital que promueve el Ministerio de salud para trabajar, lo que permite una recolección de informaciones más rápida, oportuna y segura. Además, las informaciones pueden filtrarse y agruparse de manera sencilla, permitiendo a los gestores visualizaciones y distintos análisis de varios criterios, incluso geográficos.

En Rio Grande do Sul, el TCU identificó el Proyecto de la Sala de Gestión Estratégica de la 18ª Coordinación Regional de Salud, responsable de coordinar, evaluar y supervisar 23 municipios ubicados en la Macrorregión Metropolitana. La sala es un espacio físico y virtual donde un equipo técnico analiza sistemáticamente la información de salud para caracterizar el estado de salud de una población. Entre varias acciones, los trabajos de las salas están orientados para planificar y evaluar acciones de salud; apoyar la definición de programas y políticas para mejorar la salud; evaluar la calidad y el acceso a los servicios; apoyar la vigilancia de la salud pública; dirigir la respuesta de los servicios de salud en situaciones de emergencia como brotes epidémicos o desastres naturales y difundir información sobre salud a la comunidad, interactuando y fomentando la promoción de la salud.



## BUENAS PRÁCTICAS

En Florianópolis, según el equipo del TCU, el Programa Planea Floripa, de la SMS, merece destaque, ya que describe las motivaciones y todo el proceso de construcción de la planificación municipal en esta área. Dos proyectos, en particular, se destacan: el PDCA Salud y el Premio de las Buenas Prácticas de salud. El primero es un sistema web que permite a las unidades de trabajo para llevar a cabo el seguimiento de las acciones planificadas, lo que le posibilita supervisar, evaluar y realizar los ajustes necesarios de las acciones propuestas. Ya el premio pretende dar visibilidad a prácticas exitosas que puedan contribuir al proceso de trabajo, tanto asistenciales como gerenciales, partiendo de una amplia discusión e intercambio de experiencias.

Otro elemento diferenciador del Programa Planea Floripa es que proporciona un conjunto de herramientas integradas entre sí, alineando todos los sectores y unidades de trabajo de la SMS al Plan Municipal de Salud, así como a la propia SMS, a las otras Secretarías del Municipio de Florianópolis y otros órganos externos, como la SES-SC y el Ministerio de salud, ejerciendo un papel de gobernanza.





**03**

# ENCAMINAMIENTOS DE LAS AUDITORÍAS





Los informes de auditoría operacional de los Tribunales de Cuentas aportan análisis sobre el tema evaluado, incluyendo recomendaciones dirigidas a la reducción o solución de las dificultades encontradas.

Estos informes son examinados en cada Tribunal y, en seguida, se establecen planes de acción con los gestores públicos, que contienen recomendaciones, compromiso de llevar a cabo acciones, con plazos y responsables para garantizar mejores servicios públicos prestados a la sociedad.

El Plan de acción es el documento base para que los Tribunales de cuentas realicen el seguimiento, este proceso que servirá para verificar el cumplimiento de sus deliberaciones y los resultados derivados de ellas.

Se espera que los informes elaborados por los Tribunales de Cuentas puedan servir como referencia para la toma de decisiones de las autoridades responsables de la formulación y ejecución de políticas públicas de atención básica de salud, como instrumentos de control social, además de fomentar la realización de investigaciones en el área.





## REFERENCIAS

BRASIL. Comisión Tripartita de Intergestores. *Resolución 1, del 29/09/2011*. Establece las directrices generales para el establecimiento de Regiones de Salud dentro del Sistema Único de Salud (SUS), en virtud del Decreto N° 7508, del 28 de junio de 2011.

BRASIL. Comisión Tripartita de Intergestores. *Resolución 4, del 19/07/2012*. Dispone sobre el acuerdo tripartito de las normas relativas a las responsabilidades de salud dentro del Sistema Único de Salud (SUS), para los efectos de transición entre procesos operativos del Pacto por la Salud y el Contrato Organizativo sistemático de la Acción Pública de Salud (COAP).

BRASIL. Comisión Tripartita de Intergestores. *Resolución 5, del 19/06/2013*. Dispone sobre las reglas del proceso de pacto de Directrices, Objetivos, Metas e Indicadores para los años 2013-2015, con miras a fortalecer la planificación del Sistema Único de Salud (SUS) y la implementación del Contrato Organizativo de la Acción Pública (COAP).

BRASIL. Consejo Nacional de Secretarios de Salud. *Atención Primaria y Promoción de la Salud*. Brasilia: CONASS, 2011.

BRASIL. *Constitución Federal de 1988*. Promulgada el 05 de octubre de 1988.

BRASIL. *Decreto 7508, del 28/06/2011*. Reglamenta la Ley N° 8080, del 19 de septiembre de 1990 para disponer sobre la organización del Sistema Único de Salud-SUS, planificación de la salud, cuidado de la salud y la articulación interfederal y otros asuntos.

BRASIL. 8080, *Ley 19/09/1990*. Dispone sobre las condiciones de la promoción, protección y recuperación de la salud, organización y funcionamiento de los servicios correspondientes y otros asuntos.

BRASIL. *Ley Complementaria 141, del 13/01/2012*. Regula el § 3 del art. 198 de la Constitución para disponer sobre los valores mínimos a aplicarse anualmente por la Unión, Estados, Distrito Federal y Municipios en acciones y servicios de salud pública; establece los criterios de rateo de los recursos de las transferencias para la salud y las normas de fiscalización, evaluación y control de los gastos en salud en las 3 (tres) esferas de gobierno; deroga dispositivos de las leyes: 8080, del 19 de septiembre de 1990 y 8689 del 27 de julio de 1993; y otros asuntos.

BRASIL. Ministerio de Salud. *Directrices para la programación pactada e integrada de asistencia a la salud*. Brasilia: MS, SAS, DRAC, 2006.



BRASIL. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud -PNS: 2012-2015*. Brasilia, MS, SE, SPO, 2011.

BRASIL. Ministerio de Salud. Decreto GM, 1101 del 12/06/2002. Establece, en la forma del anexo de este decreto, los parámetros de cobertura asistencial en el ámbito del SUS.

BRASIL. Ministerio de Salud. *Decreto GM 1654, del 19/07/2011*. Establece, en el marco del Sistema Único de Salud, el Programa Nacional de Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Básica de Salud (PMAQ-AB) y el incentivo financiero del PMAQ-AB, denominado Componente de Calidad del Piso de Atención Básica Variable PAB-Variable.

BRASIL. Ministerio de Salud. *Decreto GM 1996, del 20/08/2007*. Dispone sobre las directrices para la implementación de la Política Nacional de Educación Permanente en Salud.

BRASIL. Ministerio de Salud. Decreto GM 204, del 29/01/2007. Regula la financiación y la transferencia de recursos federales destinados a las acciones y servicios de salud, en la forma de bloques de financiación, bloques con su seguimiento y control.

Brasil. Ministerio de Salud. *Decreto GM 2135 del 25/09/2013*. Establece directrices para el proceso de planificación dentro del Sistema Único de Salud (SUS).

BRASIL. Ministerio de Salud. *Decreto GM 2488, del 21/10/2011*. Aprueba la Política Nacional de Atención Básica de Salud mediante el establecimiento de la revisión de las pautas y normas para la organización de la atención básica, para la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS).

BRASIL. Ministerio de Salud. *Decreto GM, 399 del 22/2/2006*. Revela el Pacto por la salud 2006 – Consolidación del SUS y aprueba las Directrices Operativas del Referido Pacto.

BRASIL. Ministerio de Salud. *Decreto GM 4279, del 30/12/2010*. Establece las directrices para la organización de la Red de Atención de la Salud dentro del Sistema Único de Salud (SUS).

SOUZA, María de Fátima; FRANCO, Marcos da Silveira; Mendonça, Ana Valeria Machado. *Salud de la familia en municipios brasileños: los reflejos de 20 años en el espejo del futuro*. Campinas: Editora conocimiento, 2014.

STARFIELD, Barbara. *Is primary-care essential?* v. 344, n. 8930, p. 1129-1133. Lancet, 1994



## INSTITUTO RUI BARBOSA

Mejorar las actividades en los Tribunales de Cuentas del país. Este es el enfoque del Instituto Rui Barbosa. El IRB es una asociación civil de estudios e investigación responsable de la realización de cursos, seminarios, reuniones y debates. También compete al Instituto investigar la organización, los métodos y procedimientos de control interno y externo para promover el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios de los Tribunales de Cuentas de Brasil.

Una honorable misión en busca de un servicio cada vez mejor a la población, que pide un estricto control del gasto público. Los Tribunales de Cuentas del país deben prepararse para responder con eficacia a esta importante demanda. Los TC deben capacitar a su potencial humano para medir y controlar la calidad y cantidad del gasto público.

El Instituto Rui Barbosa apoya y promueve iniciativas que buscan fomentar nuevos aprendizajes para nuevos modelos de políticas públicas. Estimula la publicación de artículos, monografías, revistas e impresos en general, relacionados con sus objetivos. Y va más allá, reconociendo y premiando las buenas prácticas. A través de concursos, en el campo de interés del Tribunal de Cuentas, ofrece premios como incentivos tales como pasantías, capacitación o participación en cursos tanto en el país como en el extranjero.

Como incentivo también publica los trabajos presentados en seminarios, simposios, reuniones y encuentros que realiza o participa. Es todavía papel del IRB mantener intercambios con expertos en temas de interés Cortes de Cuentas y celebrar acuerdos de colaboración con instituciones nacionales e internacionales, incluyendo las universidades.



**Instituto Rui Barbosa**

[www.irbcontas.org.br](http://www.irbcontas.org.br)

**Responsable por el contenido**

Grupo Temático de Auditoria Operacional / Instituto Rui Barbosa  
Secretaria de Controle Externo da Saúde / Tribunal de Contas da União

**Proyecto Gráfico, Diagramación y Portada**

Secretaría General de la Presidencia (Segepres) del TCU  
Secretaría de Comunicación (Secom) del TCU  
Núcleo de Creación y Edición (NCE) del TCU

**Fotos**

iStockphoto

**TRIBUNAL DE CUENTAS DE LA UNIÓN**

Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde)  
SAFS Quadra 4 Lote 1 Edifício Anexo III Sala 243  
70042-900 Brasília - DF  
Tel: (61) 3316-7334  
secexsaude@tcu.gov.br

**Reclamos, sugerencias y elogios**

Teléfono.: 0800 644 1500  
ouvidoria@tcu.gov.br

Impreso por Sesap/Segedam



### **Misión**

Mejorar la Administración Pública en favor de la sociedad por medio del control externo

### **Visión**

Ser referencia en la promoción de una Administración Pública efectiva, ética, ágil y responsable

