

Financiación de la Salud en Brasil: Perspectivas de los estados y de los municipios

Autores

Blenda Leite Saturnino Pereira

Natalia Nunes Ferreira-Batista

Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes

Daniel Resende Faleiros

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior



Organizadores

Blenda Leite Saturnino Pereira

Jurandi Frutuoso Silva

Mauro Guimarães Junqueira

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL: PERSPECTIVAS DE LOS ESTADOS Y DE LOS MUNICIPIOS

La opinión de los autores no refleja, necesariamente, la opinión de las instituciones.

Publicación con distribución gratuita, con comercialización prohibida. Descargue toda la publicación en las bibliotecas virtuales del CONASS o CONASEMS.

FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL: PERSPECTIVAS DE LOS ESTADOS Y DE LOS MUNICIPIOS

Brasília, junio de 2025.

Edición

Tatiana Rosa Soares de Faria

Marcus Vinícius Ramos Borges de Carvalho

Corrección Ortográfica

Aurora Verso e Prosa

Proyecto Gráfico y Maquetación

ALM Apoio à Cultura

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

F491 Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e
municípios / Blenda Leite Saturnino Pereira... [et al.]. – Brasília,
DF: Conass, 2025.
224 p. : il. ; 20 x 25 cm

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-45-4

1. Sistema Único de Saúde. 2. Direitos sociais – Brasil. 3.
Políticas de saúde – Brasil. I. Pereira, Blenda Leite Saturnino. II.
Ferreira-Batista, Natalia Nunes. III. Fernandes, Gustavo Andrey de
Almeida Lopes. IV. Faleiros, Daniel Resende. V. Oliveira Junior,
Antonio Carlos Rosa de.

CDD 362.1

FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN BRASIL: PERSPECTIVAS DE LOS ESTADOS Y DE LOS MUNICIPIOS

Autores:

Blenda Leite Saturnino Pereira

Natalia Nunes Ferreira-Batista

Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes

Daniel Resende Faleiros

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

Organizadores:

Blenda Leite Saturnino Pereira

Jurandi Frutuoso Silva

Mauro Guimarães Junqueira

Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior

JUNTA DIRECTIVA DEL CONASS – GESTIÓN 2025-2026

Presidente

Tânia Mara Coelho – SES/CE

1º Vice-Presidente

Diogo Demarchi Silva – SES/SC

Vice-Presidentes

Región Norte

Pedro Pascoal – SES/AC

Región Nordeste

Arimatheus Silva Reis – SES/PB

Región Sureste

Eleuses Paiva – SES/SP

Región Sur Diogo Demarchi Silva – SES/SC

Región Centro-Oeste

Gilberto Gomes Figueiredo – SES/MT

Consejo Fiscal – Titulares

Carlos Felinto Júnior – SES/TO

Jefferson Ribeiro da Rocha – SES/RO

Tyago Ribeiro Hoffmann – SES/ES

Consejo Fiscal – Suplentes

Fábio Baccheretti Vitor – SES/MG

Antonio Luiz Soares Santos – SES/PI

Roberta Silva de Carvalho Santana – SES/BA

Secretario Ejecutivo

Jurandi Frutuoso Silva



JUNTA DIRECTIVA DEL CONASEMS – GESTIÓN 2025-2026

Presidente

Hisham Mohamad Hamida

Vice-Presidente

Rodrigo Buarque Ferreira de Lima

Vice-Presidente

Edivaldo Farias da Silva Filho

Junta Directiva Administrativa

Adriana Martins de Paula

Ana Cláudia Pimentel Costa (adjunta)

Directora Financeira

Cristiane Martins Pantaleão

Leopoldina Cipriano Feitosa (adjunta)

Directora de Comunicación Social

Sinara Regina Landt Simioni

Michel Fernando Barth (adjunto)

Director de Relaciones Institucionales y Parlamentarias

Leonidas Heringer Fernandes

Islayne de Fátima Costa Ramos (adjunta)

Directora de Descentralización y Regionalización

Stela dos Santos Souza

Técio Bruno e Silva Maciel (adjunto)

Directora de Municipios Pequeños

Maria Eliza Garcia Soares

Enock Luiz Ribeiro da Silva (adjunto)

Diretora de Municipios com Poblaciones Ribeireñas y en Situación de Vulnerabilidad

Maria Adriana Moreira

Wagner Wasczuk Borges (adjunto)

Región Norte

Yatha Anderson Pereira Maciel (1º Vice-Presidente Regional)

George Eduardo Carneiro Macedo (2º Vice-Presidente Regional)

Región Nordeste

Soraya Galdino De Araújo Lucena (1º Vice-Presidente Regional)

Artur Belarmino De Amorim (2º Vice-Presidente Regional)

Región Centro-Oeste

Josiane De Oliveira Silva (1º Vice-Presidente Regional)

Verônica Savatin Wotrich (2º Vice-Presidente Regional)

Región Sureste

Raphael Dumont Schlegel (1º Vice-Presidente Regional)

Carmem Silvia Guariente (2º Vice-Presidente Regional)

Región Sur

Guilherme Ribas Smidt (1º Vice-Presidente Regional)

Jainara Nórdo (2º Vice-Presidente Regional)

Consejo Fiscal

Región Norte

Arthur da Silva Medeiros de Farias

Adnayara De Souza Figueiredo (Suplente)

Región Nordeste

Jacqueline Silva Do Bomfim

Dailva Bezerra Da Silva (Suplente)

Región Centro-Oeste

Janssen Portela Galhardo

Marcelo de Alecio Costa (Suplente)

Región Sudeste

Maria Augusta Monteiro Ferreira

Marcio Clayton da Silva (Suplente)

Región Sul

Adriane da Silva Jorge Carvalho

Delcio Stefan (Suplente)

Secretario Ejecutivo

Mauro Guimarães Junqueira

SOBRE LOS AUTORES

BLENDÁ LEITE SATURNINO PEREIRA

Doctoranda en Salud Pública por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo (FSP/USP), máster en Salud Colectiva por la Universidad de Brasilia (UnB, 2013) y especialización en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud por la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais (FM/UFMG). Actualmente es asesora técnica en Economía de la Salud del Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (Conasems). Representante del Conasems en la Comisión Intersectorial de Presupuesto y Financiamiento del Consejo Nacional de Salud. Tiene experiencia en el área de Economía de la Salud, Planificación en Salud y Gestión del Sistema Único de Salud (SUS).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7311239249405501>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7831-0258>

NATÁLIA NUNES FERREIRA-BATISTA

Profesora del Centro Albert Einstein e investigadora senior del *Global Health Econometrics and Economics Group (GHE2)*, dedicada a la evaluación de políticas públicas, con especialización en economía de la salud. Fue becaria visitante en la Universidad Pompeu Fabra (UPF/Barcelona, marzo de 2012 – febrero de 2013) y en la Universidad Carlos III (UC3M/Madrid, diciembre de 2009 – febrero de 2010). Experiencia internacional en Estados Unidos (*Yale Economic Growth Center*) y España (Universidad de Girona/ UdG). Sus investigaciones actuales incluyen la financiación internacional del *National Institute for Health and Care Research (NIHR)* como parte del proyecto *Health Financing for Universal Health Care in Challenging Times (HFACT)* (<https://hfacts.net/>), desarrollado con la Universidad de York y socios de la India, Indonesia y Sudáfrica.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4068839808903686>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4233-0900>

GUSTAVO ANDREY DE ALMEIDA LOPES FERNANDES

Profesor adjunto del Departamento de Gestión Pública de la Escuela de Administración de Empresas de São Paulo de la Fundación Getulio Vargas (FGV Eaesp) e investigador del Centro de Estudios en Administración Pública y Gobierno (FGVceapg). Realizó una pasantía posdoctoral en la Universidad de Harvard y fue investigador visitante en el Instituto *Global del King's College London*, Universidad de Londres. Trabaja en el área de políticas públicas con énfasis en financiamiento público, federalismo y gestión descentralizada de la salud. Se ha dedicado al análisis de los acuerdos federativos en el Sistema Único de Salud (SUS), los mecanismos de asignación de recursos, la rendición de cuentas intergubernamental y los consorcios públicos de salud. Es autor de varios artículos en revistas nacionales e internacionales y coautor de publicaciones sobre la sostenibilidad financiera y la gobernanza del SUS.

Lattes <http://lattes.cnpq.br/7394746617954477>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8281-390X>

DANIEL RESENDE FALEIROS

Doctorado en Medicamentos y Asistencia Farmacéutica, en el área de Farmacoeconomía, por la UFMG (2016), con posdoctorados en Evaluación de Tecnologías en Salud por la UnB (2018) y Farmacoeconomía por la UFMG (2020). Licenciado en Ingeniería Civil por la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais – PUC Minas (1994) y licenciado en Derecho por la Facultad Arnaldo Janssen – (2006). Actualmente es investigador en el Centro Colaborador del SUS para la Evaluación de Tecnologías y Excelencia en Salud (CCATES) de la UFMG y asesor técnico para el área de economía de la salud de la dirección de Conasems.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4043529521915578>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2576-5360>

ANTONIO CARLOS ROSA DE OLIVEIRA JUNIOR

Asesor técnico del Conass, coordinador de Administración y Finanzas del Conass; funcionario público federal jubilado, contador; especialista en finanzas; exdirector de Contabilidad y Finanzas de la Universidad Federal de Santa Catarina (UFSC); excoordinador general de Ejecución Presupuestaria, Financiera y Contable del Fondo Nacional de Salud/ Ministerio de Salud; exgerente general económico-financiero de Productos/Dirección de Normas y Habilitación de Productos/Agencia Nacional de Salud Complementaria; exdirector de Operaciones del Programa Bolsa Familia/Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre; exdirector ejecutivo del Fondo Nacional de Salud/Ministerio de Salud; exgerente general de Administración y Finanzas/Dirección de Gestión/Agencia Nacional de Salud Complementaria; exconsejero fiscal de la Empresa Brasileña de Hemoderivados y Biotecnología; representante del Conass en la Comisión Intersectorial de Presupuesto y Financiamiento del Consejo Nacional de Salud; miembro titular del Comité de Auditoría de la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios. Trabaja en el área de gestión, planificación, finanzas y contabilidad.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8425413192808964>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5032-8440>

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos los socios que contribuyeron a la realización del Proyecto Cuentas de la Salud Pública, una asociación establecida entre el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass) y el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems) a lo largo de tres años y medio de trabajo. Este desafiante proyecto, dedicado a presentar subsidios para fortalecer la gestión de la salud pública, representa una importante iniciativa para ampliar el debate sobre la financiación del SUS y los gastos en salud, reafirmando el compromiso con la transparencia y la sostenibilidad del Sistema Único de Salud (SUS), en particular:

A los ex presidentes del Conass, Nésio Fernandes - ES, Cipriano Maia - RN y Fábio Baccheretti Victor - MG, al ex presidente del Conasems, Willames Freire Bezerra - EC por la confianza depositada en ellos para llevar a cabo este proyecto.

A la estimada colaboración de la Dirección de Economía de la Salud, Inversiones y Desarrollo (Desid/MS), en la persona de Érika Aragão, entonces directora, y Gabriel Squeff, entonces Coordinador General de Información en Economía de la Salud, que colaboraron y ofrecieron apoyo para la disponibilidad de los datos.

Al dedicado equipo del Sistema de Información Presupuestaria en Salud Pública (SIOPS), formado por Wesley Trigueiro, Paulo Malheiros, Fábio Júnio Luiz dos Santos y Diego Diniz Lopes, cuya experiencia y compromiso fueron esenciales para los resultados alcanzados.

A la contribución fundamental del equipo de *AVEC Ciências de Dados Ltda*, en especial a Emanuel y Daniel Porangaba, que proporcionaron un excelente apoyo técnico y soluciones estratégicas indispensables para el desarrollo del proyecto.

Agradecemos a la Secretaría de Salud del Estado de Rio Grande do Norte y a la Secretaría de Salud del Estado de Rio Grande do Sul, a los Consejos de los Departamentos Municipales de Salud (Cosems) de Rio Grande do Sul y Rio Grande do Norte, así como a su red de colaboradores, los secretarios municipales de salud del estado de Rio Grande do Norte y los de la Región Metropolitana de Porto Alegre, que participaron en los talle-

res y reuniones realizados en sus respectivas regiones, compartiendo sus experiencias y conocimientos locales, enriqueciendo el análisis y los resultados del estudio.

Agradecemos también a las Secretarías Estaduales de Salud que respondieron a la encuesta enviada por el Conass, cuyas contribuciones fueron esenciales para la construcción de un diagnóstico preciso y profundo de los gastos estaduales en salud.

Finalmente, agradecemos a los Asesores Técnicos del Conasems y del Conass, que desempeñaron un papel esencial en el análisis de los hallazgos relacionados con el gasto municipal y estatal, aportando reflexiones que fortalecieron el impacto de este proyecto.

La asociación entre las instituciones reafirma la fuerza del trabajo colaborativo entre los diversos actores del SUS y destaca la importancia de iniciativas que no solo cualifican la gestión de la salud pública, sino que también fortalecen el debate nacional sobre la financiación del SUS y la asignación eficiente de los recursos sanitarios, pilares indispensables para la sostenibilidad del sistema y para garantizar el derecho a la salud en Brasil.

Reiteramos nuestro agradecimiento a todos los involucrados y reafirmamos nuestro compromiso de continuar fortaleciendo esta alianza en futuras iniciativas que promuevan avances en la salud pública en Brasil.

Con nuestro más sincero agradecimiento,

Los Autores

PRESENTACIÓN

La construcción y consolidación del Sistema Único de Salud (SUS) representa una de las conquistas más significativas de la sociedad brasileña en la afirmación de los derechos sociales. Fruto de la movilización popular y de la lucha histórica por la justicia social, el SUS es hoy uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, guiado por los principios de universalidad, integralidad, equidad y descentralización.

Desde su creación, sin embargo, el sistema se ha enfrentado a desafíos estructurales, siendo la financiación adecuada y sostenible uno de los más persistentes y críticos. La realidad de las últimas décadas muestra que los estados y municipios han asumido un papel protagónico en la garantía del derecho a la salud, ampliando sus responsabilidades financieras y operativas, muchas veces en contextos adversos de retracción fiscal y desigualdades regionales.

Este libro pretende ofrecer no solo un diagnóstico técnico riguroso, con un análisis de los gastos estatales y municipales, aportando reflexiones técnicas y metodológicas que han fortalecido las discusiones y los resultados del estudio, sino también una reflexión política sobre los caminos necesarios para consolidar una financiación compatible con la misión civilizadora del SUS.

Defender una financiación adecuada para la sostenibilidad del SUS significa defender la democracia, la justicia social y el proyecto constitucional de sociedad. Fortalecer el sistema implica construir un nuevo pacto federal que reconozca las especificidades regionales, promueva la equidad en el acceso a la salud y garantice la sostenibilidad financiera de las políticas públicas.

Tânia Mara Coelho
Presidente Conass

Hisham Mohamad Hamida
Presidente Conasems

El Sistema Único de Salud (SUS) es uno de los mayores y más completos sistemas de salud pública del mundo, fruto de la lucha de la sociedad brasileña por un derecho constitucionalmente garantizado: la salud como deber del Estado y derecho de todos. Su implementación, sin embargo, aún se enfrenta a obstáculos históricos y estructurales, en especial la crónica falta de financiación, la desigual distribución de los recursos entre las regiones y la necesidad de una mejora constante en la aplicación de las inversiones.

En este contexto, este proyecto, titulado *Projeto de Contas Públicas em Saúde*, ahora un libro sobre Financiación de la Salud en Brasil: la perspectiva de los estados y municipios, una iniciativa sin precedentes desarrollada conjuntamente por el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass) y el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (Conasems), tiene como principal objetivo cualificar y profundizar el conocimiento sobre la financiación de la salud pública en Brasil. Este proyecto pretende responder a una pregunta crucial: ¿cómo se están asignando los recursos públicos estatales y municipales para garantizar la sostenibilidad del SUS y la eficacia de los servicios de salud ofrecidos a la población?

Este libro es el resultado de un esfuerzo técnico, analítico y de colaboración en el que han participado especialistas, gestores y técnicos de las tres esferas de gobierno: federal, estatal y municipal. A partir de una inmersión en los datos de los ejercicios 2019 a 2022 proporcionados por el Sistema de Información Presupuestaria en Salud Pública (SIOPS), esta publicación ofrece una lectura profunda, crítica y propositiva del ciclo de financiación de la salud, destacando los principales desafíos y las posibles vías de mejora del sistema.

Este número presenta una radiografía detallada de las cuentas de la salud pública brasileña, ofreciendo un panorama que permite comprender:

- Cómo se distribuyen los recursos entre la Unión, los estados y los municipios, destacando la complejidad del pacto federativo en el SUS;
- Cuáles son los principales componentes del gasto sanitario, desde la atención primaria hasta los servicios de alta complejidad;

Al ofrecer un análisis basado en datos robustos, este libro refuerza el compromiso con la transparencia pública, con la gobernanza del SUS y con la mejora de los mecanismos de control y eficiencia del gasto sanitario. También destaca la importancia de combinar una gestión técnica cualificada, la cooperación federal y una financiación adecuada para garantizar la sostenibilidad del sistema público de salud brasileño.

Esta compilación se dirige a gestores, técnicos, investigadores y a la sociedad en su conjunto, proporcionando una base sólida para la formulación de políticas públicas, el debate sobre la financiación de la salud y el fortalecimiento del SUS como política de Estado y pilar esencial de la justicia social en Brasil.

El Conass, como representante de las Secretarías Estaduales de Salud, y el Conasems, como entidad que reúne a las Secretarías Municipales de Salud, reafirman, a través de esta publicación, su compromiso indeclinable con la defensa del SUS. Es más necesario que nunca movilizar esfuerzos conjuntos para enfrentar el desfinanciamiento, reducir las desigualdades, calificar la asignación adecuada de los recursos públicos y garantizar que cumplan su finalidad.

En este sentido, es importante llamar la atención sobre la necesidad de que las entidades subnacionales introduzcan datos de calidad en el SIOPS. El sistema no puede ser visto como una mera herramienta que indica si el mínimo constitucional ha sido aplicado por las entidades federadas. Es más que eso. Es la única herramienta que agrega la información presupuestaria de salud de las entidades subnacionales y es un poderoso instrumento para fortalecer las políticas públicas de salud y, en última instancia, para dirigir los recursos a la prestación de acciones y servicios de salud para los ciudadanos.

Invitamos a gestores, investigadores y a toda la sociedad a explorar las informaciones aquí presentadas, reflexionar sobre los caminos de la financiación de la salud en Brasil y, juntos, fortalecer nuestro sistema público de salud que promueve la equidad y consolida la salud como derecho fundamental.

¡Les deseamos una excelente lectura!

Jurandi Frutuoso Silva
Secretário Executivo – Conass

Mauro Guimarães Junqueira
Secretário Executivo – Conasems

SUMARIO

Prefacio	19
Introducción	27
1.1 Notas Metodológicas	29
Financiación del Sistema Único de Salud	37
2.1 El Gasto en Salud en Brasil y en el Mundo	37
2.2 Historial Normativo de la Financiación del SUS	45
2.3 Aplicación del Mínimo Constitucional por los Estados y Municipios	61
2.4 Transferencias Federales y Fondos de Salud	64
2.5 Sistema de Información sobre Presupuestos de Salud Pública	72
Las Cuentas de Salud desde la Perspectiva de los Estados	77
3.1 Ingresos de los Estados	78
3.2 Gastos de los Estados	98
3.3 Encuesta en Línea con las Secretarías Estatales de Salud	143
3.4 Conclusión	145
3.5 Apéndice	147
Las Cuentas de Salud desde la Perspectiva Municipal	155
4.1 Ingresos Municipales	156
4.2. Perfil de los Gastos Municipales	166
4.3 Gastos por Categoría Económica	188
4.4 Conclusiones	210
La Financiación del SUS: Entre la Efectuación Constitucional y los Retos Políticos de la Sostenibilidad	213
Referencias	217

PREFACIO

La financiación sanitaria es una cuestión relevante y estructuralmente compleja en todos los países. En Brasil, los desafíos se magnifican por el tamaño y la diversidad del territorio, así como por las persistentes desigualdades socioeconómicas. Estos factores exigen que se preste aún más atención a la forma en que las distintas esferas de gobierno movilizan, distribuyen y utilizan los recursos asignados a la salud.

Este libro supone una importante contribución a la comprensión de la financiación sanitaria a nivel subnacional. Basado en datos detallados y una metodología coherente, el análisis que aquí se presenta arroja luz sobre las pautas, variaciones y lagunas del gasto sanitario estatal y municipal. Una lectura atenta de los resultados permite comprender mejor la infrafinanciación del sector, así como la heterogeneidad en la asignación de recursos y sus implicaciones para el acceso y la calidad de los servicios prestados.

El uso del Sistema de Información Presupuestaria en Salud Pública (SIOPS) como fuente central de datos para este trabajo es particularmente relevante. El sistema representa un valioso esfuerzo por consolidar la información fiscal y ofrecer mayor transparencia a la gestión pública. Sin embargo, su fortalecimiento y especialmente la mejora de la calidad de la información declarada son esenciales para ampliar su uso como herramienta de planificación, seguimiento y evaluación. La consolidación de SIOPS como fuente fiable y de uso regular forma parte del proceso más amplio de institucionalización de las cuentas de salud en Brasil.

Varios países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), como Australia, Canadá, España, Estados Unidos, México y Suiza, realizan un seguimiento del gasto sanitario regional como parte de sus esfuerzos por promover una mayor justicia distributiva y orientar la formulación de políticas públicas basadas en pruebas. La elaboración sistemática de cuentas de salud en los distintos niveles de gobierno permite no solo seguir la evolución del gasto a lo largo del tiempo, sino también analizar su impacto en los resultados sanitarios y la equidad en el acceso a los servicios.

En Brasil, el papel de los estados y municipios en la implementación de las políticas de salud es decisivo, pero aún poco comprendido desde una perspectiva financiera. El análisis

aquí desarrollado contribuye a colmar esta laguna. Destaca la necesidad de una gobernanza federativa más coordinada, así como de un esfuerzo continuo para mejorar la calidad y regularidad de los datos disponibles, condición indispensable para el desarrollo de políticas públicas sostenibles y con mayor impacto en la vida de los brasileños.

El reconocimiento de que el SUS se enfrenta a una infrafinanciación crónica ya ha sido ampliamente documentado. Pero tan importante como aumentar la financiación de la salud pública es avanzar en la comprensión del impacto de los recursos asignados. La mejora de la eficiencia y la eficacia del gasto público no debe considerarse una alternativa al aumento de los recursos, sino un camino complementario y necesario para garantizar mejores resultados sanitarios, una mayor equidad en las decisiones de inversión y una mayor sostenibilidad del sistema.

El Sistema Único de Salud, uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, es una conquista de la sociedad brasileña y desempeña un papel central en la promoción de la cohesión social y la equidad en el país. Su consolidación como dispositivo público eficaz y equitativo depende no solo del aumento de los recursos destinados a la salud, sino también del fortalecimiento de la evidencia que orienta las decisiones, de la capacidad analítica en todos los niveles de gobierno y del compromiso con la mejora continua de la gestión pública.

Creo que este libro ofrece una base sólida para este debate. Al combinar el rigor técnico con la sensibilidad hacia las especificidades locales, esta publicación se establece como una referencia útil para investigadores, gestores y responsables políticos comprometidos con el fortalecimiento del sistema de salud brasileño.

Frederico Guanais

Jefe Adjunto de la División de Salud

Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE)

Mientras que el Sistema Único de Salud - SUS, que atiende a cerca de 200 millones de residentes en Brasil, es considerado el mayor sistema público de salud del mundo, la misma grandeza o proporción no se repite en la literatura especializada que evalúa y estudia su estructura, funcionamiento, financiación y gastos. Este desajuste se agrava por el hecho de que la salud no solo es una de las funciones gubernamentales que más recursos mueve, sino que, al mismo tiempo, también es expresiva y cada vez más descentralizada en la federación brasileña, con un énfasis creciente en los municipios.

Este libro, titulado *“Financiación de la Salud en Brasil: perspectivas de los estados y de los municipios”*, organizado por Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior, Blenda Leite Saturnino Pereira, Jurandi Frutuoso Silva y Mauro Guimarães Junqueira, algunos de los cuales firmaron capítulos del libro junto con Daniel Resende Faleiros, Gustavo Andrey de Almeida Lopes Fernandes y Natalia Nunes Pereira Batista, supone una buena contribución para combatir esta falta de conocimiento y debate.

Cabe destacar, por lo tanto, el esfuerzo realizado por los autores y organizadores, en colaboración con el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) y el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), para reunir una amplia gama de datos sobre cómo se financia la salud en Brasil, con el fin de proporcionar un diagnóstico preciso de sus principales cuellos de botella.

El momento también es propicio para un nuevo debate sobre el cálculo de costes del SUS, cuando las dudas sobre el cumplimiento de las reglas fiscales por parte del nivel central de gobierno vuelven a estar en la agenda de los debates económicos. Es común en estos tiempos que los gobiernos estatales y municipales queden en un segundo plano, sobre todo sin tener en cuenta su papel decisivo y creciente en la prestación de servicios públicos fundamentales, como la salud, la educación y la seguridad pública. En nuestra opinión, el debate público y político necesita más producción e intervención académica. Los informes carecen de datos.

Y aunque vivimos en la era de los datos, con un volumen cada vez mayor de ellos disponibles con acceso libre y amplio, no todos se utilizan para apoyar posiciones y políticas públicas, y no siempre. En particular, la masa de datos en torno al SUS es un insumo tan valioso como desconocido para muchos brasileños, no solo para alimentar eventualmente sofisticados modelos de inteligencia artificial, sino también para motivar estudios como los publicados en este libro.

Sin restarle mérito, que vengan más libros, porque el SUS es tan grande y esencial que exige una mayor divulgación del conocimiento. En el caso de este libro, cabe destacar que arroja luz sobre el papel esencial y creciente que desempeñan las entidades federativas locales - especialmente los municipios - en los procesos de realización y viabilización de los servicios públicos de salud del país.

A partir de un enfoque esencialmente federativo, los autores exponen su principal inferencia, que es que, a pesar de las significativas asimetrías y disparidades en los procesos de asignación de recursos entre las diferentes esferas de gobierno, la Unión se caracteriza por concentrar la mayor parte de la recaudación fiscal, mientras que son las demás entidades subnacionales las que soportan una parte considerable de la carga del funcionamiento de los servicios públicos de salud.

De ese diagnóstico primario se desprende también un argumento cuyos contornos generales pueden enunciarse de la siguiente manera: por un lado, esa discrepancia compromete la propia sostenibilidad del sistema nacional de salud pública y, por otro, también socava su capacidad de responder, con base en los niveles mínimos de equidad recomendados por la Constitución Federal de 1988, a los importantes desafíos de salud pública que enfrenta nuestra sociedad, ampliamente reconocida por los altos niveles de malestar y desigualdad que se manifiestan tanto en términos regionales como socioeconómicos.

Además del primer capítulo, que comprende una introducción más general, este libro se compone de otros cuatro capítulos. El segundo capítulo se basa esencialmente en un análisis histórico, normativo y presupuestario de las políticas de salud pública, con el fin de ofrecer una visión panorámica de las características más generales del SUS. El tercer capítulo se adentra en los presupuestos estatales para los servicios de salud pública, especialmente a través de interesantes análisis de los datos extraídos del Sistema de Información Presupuestaria en Salud Pública (SIOPS).

El cuarto capítulo destaca los principales cuellos de botella en los procesos de financiación del SUS. Como tal, invita a reflexionar sobre el insuficiente nivel de autonomía fiscal que experimentan los municipios, especialmente en un escenario en el que

estos mismos entes federales han asumido porciones cada vez mayores de los costos que garantizan la prestación de los servicios públicos de salud.

Además, el capítulo también muestra que los municipios más pequeños siguen siendo más dependientes de las transferencias gubernamentales, especialmente de las federales. El quinto capítulo profundiza en el modelo actual del pacto federal brasileño y en su capacidad para garantizar los derechos constitucionales básicos, especialmente en lo que respecta al acceso universal a los servicios de salud básicos.

Como tal, esta publicación debe inspirar una mayor cualificación del debate nacional sobre las formas de financiación de los servicios públicos de salud, así como sobre las relaciones presupuestarias establecidas entre los diferentes entes federales. Porque el grado de relevancia de este debate hace urgente la superación de las tensiones ideológicas y de las interdicciones tan latentes hoy en la sociedad brasileña, que en nada contribuyen a resolver los verdaderos problemas internos.

Por último, esperamos que las contribuciones al debate, como este libro sobre la Financiación de la Salud, con énfasis en los estados y municipios, estimulen el avance de reflexiones cada vez más racionales, con discernimiento analítico y, sobre todo, motivadas por un compromiso cívico innegociable con la garantía igualitaria de los derechos constitucionales básicos para todos los ciudadanos brasileños.

José Roberto R. Afonso

Profesor del IDP

Investigador del CAPP/ISCSP/Univ. Lisboa

Consejo de Administración de la FIBE

Edivo de Almeida Oliveira

Economista especializado en finanzas y economía monetaria

Este libro representa un paso importante en la producción del conocimiento que todo sistema de salud necesita para establecer un diálogo informado sobre su financiación (y la economía política implicada en cada acuerdo financiero específico, en este caso en los tres niveles de gobierno en Brasil). En este sentido, analizar la dinámica del gasto en salud y, sobre todo, la evolución de las responsabilidades compartidas entre los niveles federal, estatal y municipal en relación con este gasto, es clave para abordar dos preguntas básicas que el Sistema Único de Salud (SUS), a menos de cinco años de 2030, debe responder: ¿cuál es el nivel de gasto e inversión pública necesario para responder a las crecientes demandas de la población? Y ¿cómo debe organizarse y repartirse la prioridad fiscal entre los niveles federal, estatal y municipal para lograr esta financiación?

En 2014, los Estados Miembros de la OPS adoptaron la resolución de Salud Universal (CD53.R14), que orienta el camino para que los países de las Américas avancen hacia la cobertura universal de salud, que garantiza el acceso universal efectivo a servicios integrales y de calidad, en el momento y al nivel adecuados, para todos aquellos que los necesitan: las personas, sus familias y las comunidades. Este objetivo de lograr el acceso universal está en el centro de la creación del SUS, que busca hacer realidad el derecho constitucional a la salud para todos los brasileños y residentes en el país. La resolución de Salud Universal de la OPS recomienda, en su tercera línea de acción, un nivel de gasto público en salud que alcance al menos el 6% del PIB como condición necesaria (aunque no suficiente) para avanzar hacia la Salud Universal.

Tras 37 años de SUS, este libro muestra que en Brasil aún no se ha alcanzado este nivel y que actualmente se sitúa en tan solo el 4%. La publicación sugiere que en los últimos años la prioridad fiscal de la salud a nivel federal ha ido disminuyendo (23% entre 2020 y 2023 según los autores).

Esto es preocupante porque las capacidades financieras de los 5.570 municipios brasileños son extremadamente heterogéneas, lo que cuestiona directamente la capacidad del sistema de salud para mantener niveles adecuados de equidad en el acceso y la protección financiera. De hecho, si esta es la tendencia del futuro, probablemente disminuirá la capacidad del sistema de salud para redistribuir recursos de los que gozan de buena

salud a los que están enfermos, y de los que tienen más recursos a los que tienen menos (siendo este un gasto financiado principalmente por los impuestos). Mientras que en un extremo hay municipios con abundantes recursos en grandes metrópolis y megalópolis; en el otro extremo, especialmente en el Norte y Noreste, hay municipios más pobres, algunos de ellos con bajo crecimiento económico desde hace décadas, con un índice de desarrollo humano inferior a la media nacional y con poblaciones altamente vulnerables.

Así, este libro es una auténtica radiografía de las cuentas municipales y estatales a partir del Sistema de Información Presupuestaria en Salud Pública (SIOPS); algo que nunca se había hecho antes. Aunque pone de manifiesto los puntos débiles del sistema, como la falta de normalización a la hora de llenar los datos, el análisis proporciona información valiosa. Destaca, por ejemplo, la mayor autonomía de los estados y municipios en su propio gasto sanitario, con dinámicas diferentes entre regiones: más pronunciadas en el Sudeste y el Sur que en el Norte y el Nordeste. Además, el libro detalla los elementos del gasto, destacando las tendencias provocadas por la pandemia, como el mayor gasto en personal temporal y la caída del gasto en apoyo profiláctico y terapéutico (básicamente medicamentos).

Por todo ello, esta obra debe considerarse una contribución indispensable a los debates que se necesitan hoy en día para que el SUS no solo disponga de los recursos financieros necesarios para responder a las crecientes necesidades de la población, sino que también pueda servir de base para promover un diálogo entre los tres niveles de gobierno, reforzar la cohesión de la gobernanza del SUS y apuntar a un debate eminentemente político: ¿cómo debe distribuirse la financiación del sistema entre las esferas federal, estatal y municipal?

Jarbas Barbosa da Silva Jr.

Director, OPS

INTRODUCCIÓN

1

La salud, consagrada como derecho fundamental en la Constitución Federal de 1988, es uno de los pilares centrales del pacto social brasileño, y es deber del Estado garantizarla por medio de políticas sociales y económicas dirigidas a la reducción del riesgo de enfermedades y lesiones y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de salud. Así, para viabilizar este derecho, se creó el Sistema Único de Salud (SUS), uno de los sistemas públicos de salud más completos del mundo, basado en los principios de universalidad, integralidad, equidad, descentralización político-administrativa y participación social.

La construcción del SUS, sin embargo, no estuvo exenta de contradicciones y desafíos. Desde su creación, el sistema convivió con la tensión entre el proyecto constitucional de un sistema universal y la realidad de su financiación, marcada por insuficiencias estructurales, inestabilidad normativa y desigualdades regionales. El desfinanciamiento crónico, la debilidad de las fuentes de financiamiento, los sucesivos cambios en el marco legal del piso de financiamiento federal y la alta dependencia de los ingresos propios de los estados y municipios son obstáculos permanentes para la consolidación de un sistema de salud equitativo y sostenible.

En este esquema federativo, la descentralización -principio que debe garantizar una gestión próxima a las necesidades locales- ha demostrado ser a la vez una oportunidad y un reto. Si, por un lado, ha acercado la toma de decisiones a las realidades territoriales, por otro, ha transferido cada vez más responsabilidades a las entidades subnacionales sin garantizar necesariamente la correspondiente capacidad financiera para su aplicación. Los estados y los municipios pasaron a desempeñar un papel central en la implementación de las políticas de salud pública, enfrentándose a menudo a graves limitaciones en términos de financiación, capacidad técnica y autonomía presupuestaria.

Este es el contexto del Proyecto Cuentas de Salud Pública, una iniciativa inédita del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), destinada a profundizar el análisis de la financiación del SUS desde una perspectiva estatal y municipal. El proyecto busca comprender, desde una perspectiva crítica y a partir de diagnósticos, cómo se recaudan, transfieren,

asignan y ejecutan los recursos públicos en el sistema de salud, teniendo en cuenta las especificidades federativas y las dinámicas locales que configuran la financiación de la salud en Brasil.

Este libro es el resultado de ese esfuerzo colectivo, que reunió a especialistas en economía de la salud, gestores públicos, técnicos e investigadores con la misión de cualificar el debate sobre la financiación del SUS. Basado en datos oficiales, especialmente los extraídos del Sistema de Información Presupuestaria de Salud Pública (SIOPS), y apoyado en un sólido enfoque metodológico, el estudio que aquí se presenta se propone ofrecer:

- Un análisis histórico y normativo de la evolución del financiamiento de la salud pública en Brasil, con énfasis en los cambios constitucionales e infraconstitucionales que redefinieron los niveles mínimos de aplicación de los recursos;
- Una evaluación crítica del comportamiento del gasto público en salud a nivel estadual y municipal, destacando tendencias, patrones de aplicación, desafíos de implementación y variaciones regionales;
- Una investigación sobre las transferencias intergubernamentales, con énfasis en el mecanismo Fondo a Fondo (FAF), analizando sus implicaciones para la autonomía y la sostenibilidad financiera de las entidades subnacionales;
- Se trata de una reflexión propositiva sobre las alternativas y posibles estrategias para fortalecer la financiación del SUS en un contexto de nuevas demandas sociales y restricciones fiscales.

A lo largo de los capítulos, el libro revela que, aunque los estados y municipios hayan asumido un papel cada vez mayor en la financiación del SUS, esta expansión se ha producido en un contexto de desequilibrio federal, en el que la Unión, principal recaudadora de impuestos, ha reducido progresivamente su participación proporcional en el gasto sanitario. La transferencia de la responsabilidad financiera a los entes subnacionales, sin la correspondiente redistribución de recursos, entendida como una justa distribución federativa, exacerba las disparidades regionales y pone en peligro la eficacia de los principios constitucionales que orientan el SUS.

Además, el análisis de los pisos constitucionales estadual y municipal muestra que, aunque la mayoría de los entes federados cumpla formalmente con los porcentajes mínimos establecidos por ley, persiste el desafío de la suficiencia financiera. En muchos casos, el cumplimiento del piso constitucional establecido para los gastos en Acciones y Servicios Públicos de Salud (ASPS) no garantiza un financiamiento adecuado a las necesidades de la población, sobre todo ante la creciente demanda, especialmente de

enfermedades crónicas, la transición demográfico, el surgimiento de nuevas tecnologías en salud y las crisis sanitarias contemporáneas.

El análisis en profundidad de la aplicación de las transferencias federales también revela que la complejidad de la normativa, la fragmentación de las transferencias y la volatilidad de los criterios de asignación debilitan la capacidad de planificación de estados y municipios, afectando a la eficiencia y eficacia de las políticas de salud pública.

Este libro, por tanto, no se limita a describir datos y tendencias. Su principal objetivo es contribuir a la construcción de una visión crítica y propositiva de la financiación de la salud pública brasileña, fortaleciendo el SUS como política de Estado e instrumento fundamental de justicia social. Al ofrecer un análisis sistematizado, riguroso y accesible, el libro se dirige a gestores, formuladores de políticas públicas, académicos y a todos aquellos que reconocen la salud como un derecho fundamental inalienable.

En definitiva, reafirma la premisa de que la efectividad del derecho a la salud pasa necesariamente por la consolidación de una financiación pública estable, suficiente y solidaria. Superar las desigualdades regionales, garantizar la atención integral y fortalecer la capacidad de gestión de los entes federados son tareas que requieren, además de voluntad política, un compromiso continuo con la mejora de las bases financieras que sustentan el SUS. Este libro es una contribución en esa dirección, reafirmando la importancia de la investigación aplicada, de la cooperación federativa y de la defensa intransigente del derecho universal a la salud en Brasil.

1.1 NOTAS METODOLÓGICAS

La metodología utilizada para elaborar los capítulos 3 y 4 sobre estados y municipios, respectivamente, se estructuró para proporcionar un análisis detallado de las cuentas del SIOPS. La configuración contable del gasto sanitario garantiza la integridad y fiabilidad de la información presupuestaria y financiera. El estudio siguió un enfoque basado en la clasificación funcional del gasto público y en la estandarización de la información según criterios normativos y contables vigentes.

1.1.1 FUENTE Y CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

Los datos utilizados en el análisis fueron extraídos directamente del SIOPS, base de datos oficial que garantiza la estandarización y comparabilidad de la información entre entidades federativas. La clasificación del gasto siguió la estructura establecida en la Orden Ministerial 42 del 14 de abril de 1999, emitida por el Secretario de Estado de Presupuesto y Gestión, que organiza los créditos presupuestarios en **funciones y subfunciones**.

La clasificación funcional tiene por objeto responder a la pregunta fundamental: “¿en qué ámbito de la acción gubernamental se realizará el gasto?”. Se compone de una lista prefijada de funciones y subfunciones, que sirve como agregador del gasto público y permite la consolidación nacional del gasto en salud en los tres niveles de gobierno. Esta estructura es independiente de los programas de gobierno y es obligatoria para la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios.

En el contexto de la salud, el análisis consideró las siguientes subfunciones:

- **Atención Primaria**

Comprende el gasto en acciones de salud, tanto individuales como colectivas, que incluyen la promoción y protección de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud.

- **Atención Hospitalaria y Ambulatoria**

Comprende el gasto en acciones destinadas a cubrir el costo de las internaciones hospitalarias y de la atención ambulatoria, incluyendo los exámenes de laboratorio necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, realizadas directamente por el sistema gubernamental o por medio de contratos y convenios con entidades privadas u otras esferas de gobierno.

- **Apoyo Profiláctico y Terapéutico**

Se refiere al gasto en acciones destinadas a la producción, distribución y suministro de medicamentos y otros productos farmacéuticos en general.

- **Vigilancia Sanitaria**

Comprende un conjunto de acciones capaces de eliminar, reducir o prevenir riesgos para la salud e intervenir en problemas sanitarios derivados del medio ambiente, de la producción y circulación de bienes y de la prestación de servicios de interés para la salud, incluyendo acciones de Vigilancia Sanitaria en fronteras, puertos marítimos y fluviales y aeropuertos, así como el control de actividades relacionadas con el análisis y licenciamiento de medicamentos, alimentos, entre otros.

- **Vigilancia Epidemiológica**

Incluye el gasto en acciones que promuevan la detección y prevención de enfermedades transmisibles y problemas de salud y sus factores de riesgo, combatiendo la propagación de enfermedades transmisibles, especialmente aquellas con potencial epidémico.

- **Alimentación y Nutrición**

Comprende el gasto en acciones dirigidas a reducir o eliminar las deficiencias nutricionales, orientando a los ciudadanos sobre los valores nutricionales de los alimentos y supliendo carencias alimentarias.

- **Administración**

Abarca los gastos administrativos y se concentra en la gestión y el mantenimiento de los organismos gubernamentales.

Esta categorización permitió identificar patrones en la asignación de recursos, evaluar la consistencia de la información reportada por los municipios y detectar posibles distorsiones en la ejecución presupuestaria y financiera.

1.1.2 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DEL GASTO

La metodología adoptada se basa en la **fase de liquidación del gasto**, prevista en el artículo 63 de la Ley nº 4.320/1964. La liquidación es el proceso de verificación del derecho adquirido por el acreedor, con base en los títulos y documentos justificativos del respectivo crédito, y tiene como objetivo comprobar si el bien o servicio fue debidamente entregado o prestado. De esta forma, corresponde al valor equivalente a lo adquirido en bienes y servicios por la Administración Pública. Este enfoque permitió un análisis cuidadoso de la ejecución de los gastos, identificando eventuales incoherencias y mejorando la fiabilidad de los datos analizados.

1.1.3 CLASIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS INGRESOS Y GASTOS

La metodología también incluyó un análisis detallado de la **composición de los ingresos y gastos en salud a nivel municipal y estatal**, siguiendo las clasificaciones presupuestarias vigentes.

1.1.3.1 INGRESOS PRESUPUESTARIOS

Los ingresos analizados en el estudio se refieren a los **recursos financieros que ingresan al presupuesto de las entidades durante el ejercicio fiscal**. Estos ingresos permiten la implementación de políticas públicas y se clasifican en:

- **Ingresos propios**, recaudados directamente por los municipios o por las Unidades Federativas (UF) (por ejemplo, impuestos, tasas y contribuciones de mejora);

- **Transferencias corrientes**, provenientes de la Unión y/o de los estados, destinadas a financiar gastos de mantenimiento de los servicios públicos.

Las transferencias corrientes incluyen las **transferencias constitucionales**, como el Fondo de Participación Municipal (FPM) y el Fondo de Participación de los Estados y del Distrito Federal (FPE), así como **las transferencias legales**, que incluyen las transferencias del FAF, que no dependen de convenios, pactos o acuerdos específicos entre los entes federales.

1.1.3.2 GASTOS PRESUPUESTARIOS

Los gastos de los estados y municipios se analizaron según su clasificación económica, que distingue entre:

- **Gastos corrientes**, destinados al mantenimiento de los servicios públicos, incluyendo el personal, la adquisición de bienes y servicios y las transferencias a entidades privadas sin ánimo de lucro.
- **Gastos de capital**, que comprenden las inversiones en infraestructuras y la compra de equipamientos, indispensables para la ampliación y modernización de la red sanitaria.

1.1.4 DISTRITO FEDERAL: ESPECIALIDADES DE LA ESTRUCTURA CONTABLE DE LOS SIOPS

Cabe mencionar que, debido a sus características específicas, el Distrito Federal tiene una estructura contable diferente de las cuentas de salud de los demás estados. La principal distinción se debe a que tiene un régimen administrativo y jurídico único. A diferencia de los estados, que se dividen en municipios, el Distrito Federal combina las competencias típicas de un estado y de sus municipios. Eso significa que las cuentas del SIOPS necesitan reflejar esa centralización de las funciones públicas, organizando, de forma integrada, ingresos, gastos y transferencias que, en otros estados, estarían segregados entre los gobiernos estatal y municipal. En otras palabras, la estructura contable de esta UF se adapta para englobar toda su gestión financiera, teniendo en cuenta sus particularidades jurídicas y operativas. Además, a diferencia de los estados, el Distrito Federal no transfiere fondos a los municipios.

Sin embargo, debido al nivel de agregación utilizado en este estudio, estas diferencias no son relevantes y no afectaron a los análisis y conclusiones obtenidos.

1.1.5 ANÁLISIS REGIONALES Y TEMPORALES

La metodología también incluía un análisis **regional y temporal**, que abarcaba el periodo de **2018 a 2022**. Este enfoque permitió:

- **Identificar las tendencias de las inversiones sanitarias** y evaluar la dependencia de las transferencias intergubernamentales.
- **Examinar la variación en la autonomía fiscal**, considerando el tamaño de la población y la ubicación geográfico.
- **Comparar los patrones de financiación entre las regiones de Brasil**, destacando las desigualdades estructurales que afectan a la gestión de los recursos sanitarios.

1.1.6 DIFICULTADES EN LA RECOGIDA Y EN EL ANÁLISIS DE DATOS

Durante el proceso de recopilación y procesamiento de datos, se identificaron varios factores que dificultaron la obtención de información precisa. Entre los principales desafíos enfrentados estaban:

- **Ingresos y gastos con valores negativos**, posiblemente debidos a errores en la introducción o transmisión de los datos. Estas incoherencias se comunicaron debidamente a los organismos responsables, lo que contribuyó a corregir los problemas y a mejorar la integridad y fiabilidad de la información.
- **Inconsistencias en las cuentas de agregación**, en las que algunas categorías no reflejaban correctamente la suma de sus partes, generando discrepancias en los valores reportados.
- **Cambios en las definiciones contables a partir de 2020** debido a la obligación de seguir las normas establecidas por el Tesoro Nacional (artículo 163A de la Constitución Federal), lo que dificulta la comparación de los datos a lo largo de los años.
- **Falta de normalización en la cumplimentación de diversas cuentas contables**, ya sea por su difícil comprensión o por problemas de nomenclatura.
- **Falta de distinción entre ausencia de información y valores nulos**, lo que comprometió la evaluación de la exhaustividad de la base de datos y dificultó la identificación de los municipios que no habían enviado información.

Además, los **constantes cambios en la agregación de las cuentas SIOPS** dificultan la construcción y el seguimiento de indicadores agregados. En este contexto, ha sido difícil

obtener una visión global, provocando dificultades para converger en puntos comunes y quizás en los acuerdos necesarios de cara a las reformas estructurales. La falta de normalización en la cumplimentación de las distintas cuentas contables limita el detalle del análisis, ya que a medida que ampliamos el detalle de las cuentas, nos encontramos con más divergencias derivadas de la diferente cumplimentación de la información. Así, la declaración de gastos en determinadas subfunciones y/o categorías económicas es muy heterogénea entre entidades municipales y/o estatales, lo que dificultó la comparación, teniendo en cuenta el calendario.

Para mitigar esos problemas, se realizaron **talleres de validación** en la Región Metropolitana de Porto Alegre y en municipios del estado de Rio Grande do Norte, que reunieron a técnicos y gestores municipales, así como a representantes de las Secretarías Estaduales de Salud de Rio Grande do Sul (SES-RS) y Rio Grande do Norte (SES-RN). El objetivo era discutir las dificultades operativas en la clasificación y utilización de los datos del presupuesto de salud. En estos talleres se presentaron y discutieron los gastos en salud de los municipios participantes, así como los principales desafíos en la aplicación y ejecución de los recursos destinados a acciones y servicios de salud. En el caso de los gestores estatales, para obtener una muestra mayor, se realizó una encuesta en línea¹. Se observó que tanto los talleres como la aplicación de la encuesta a los gestores estatales de salud fueron fundamentales para corregir inconsistencias, entender nomenclaturas, revisar la asignación de recursos y mejorar la calidad de la base de datos utilizada en el análisis.

Estos retos exigían un examen preciso de las cuentas SIOPS para determinar el nivel de desglose más adecuado de las cuentas, en particular de los gastos. Al mismo tiempo, se decidió presentar la mayor parte de la información agregada según la región y el tamaño de la población.

1.1.7 CONCLUSIÓN DE LA METODOLOGÍA

La triangulación entre los **datos del SIOPS, los resultados de los talleres de validación y los análisis estadísticos** permitió elaborar un diagnóstico completo de los patrones de financiación de la salud a nivel estatal y municipal. Este proceso permitió no solo identificar desafíos en la gestión de los recursos, sino también subsidiar la formulación de políticas públicas más eficaces dirigidas a mejorar la asignación de fondos y fortalecer la sostenibilidad fiscal de municipios y estados. Además, este diagnóstico destaca el desfinanciamiento crónico del sector, sumado a la debilidad de los criterios

¹ Se tratará en el capítulo 3.

de asignación de recursos, que no siempre atienden a las disposiciones de la Ley Complementaria n° (LC) 141/2012, lo que puede ejercer presión sobre el gasto en salud de estados y municipios, lo que limita la capacidad de inversión y pone en riesgo la calidad y la continuidad de los servicios prestados a la población.

FINANCIACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD

2

El SUS es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo, cuyo objetivo es proporcionar acceso universal e integral a la atención sanitaria a toda la población. Sin embargo, su financiación adecuada y sostenible ha sido una cuestión crítica a lo largo de los años, con retos relacionados con la seguridad de las fuentes de financiación, la asignación de recursos, la eficiencia y la equidad en el acceso a los servicios de salud¹.

Brasil es un importante centro político y económico, una potencia en términos de extensión territorial, recursos naturales y diversidad cultural. A pesar de ello, sufre los problemas clásicos de los países en desarrollo, como la desigualdad social, la violencia urbana y la mala gestión de los recursos públicos. Hasta hace poco, las cuestiones de salud pública se abordaban sin una estrategia del gobierno central para atender las demandas y la acción del Estado, y se limitaban a situaciones de emergencia, como epidemias en centros urbanos. En 1988, con la Constitución Federal, se garantizó la salud y se estableció un sistema público, universal, integral, equitativo y gratuito¹.

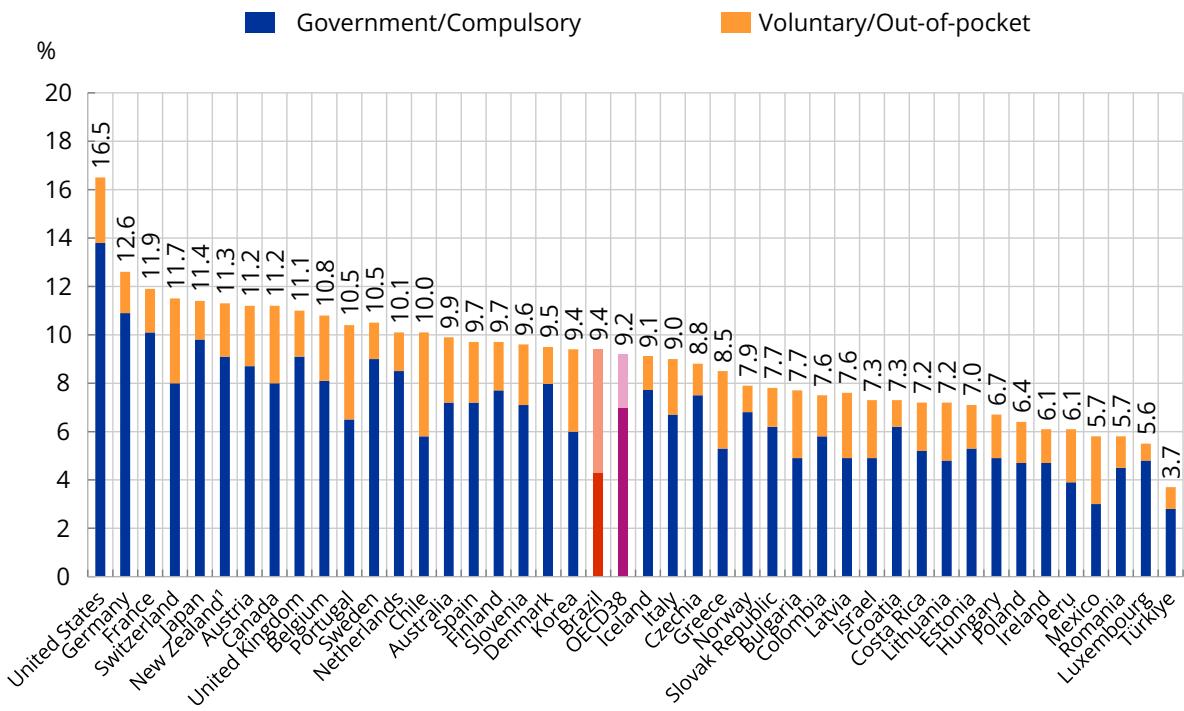
2.1 EL GASTO EN SALUD EN BRASIL Y EN EL MUNDO

Los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para 2019 muestran que el gasto público en salud en Brasil representa apenas el 3,93% del Producto Interior Bruto (PIB), muy por debajo de los países desarrollados e incluso de algunos países emergentes. El gasto como porcentaje del PIB expresa el tamaño del gasto en salud en el valor total de la economía. En Brasil, la baja participación pública refleja las limitaciones en la financiación del SUS, que se enfrenta a retos para atender a la población en un contexto de infrafinanciación.

Por otra parte, el gasto privado de Brasil es del 5,39% del PIB, uno de los más elevados del gráfico 2.1, lo que indica una gran dependencia de los seguros privados de salud y del gasto directo de las familias. Este escenario pone de manifiesto importantes desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria y presiones financieras sobre los individuos.

En comparación, los países con sistemas de salud universales y bien financiados, como Alemania, Francia y los países nórdicos, tienen una mayor proporción de gasto público, lo que favorece una mayor equidad y acceso. En cambio, países como Brasil, con un gasto público relativamente bajo y una gran dependencia de los recursos privados, se enfrentan a importantes retos para garantizar el acceso universal y reducir las desigualdades.

Gráfico 2.1. Gastos con la salud como proporción del PIB – OCDE y Brasil, 2022



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2024².

El gráfico 2.1, con datos para 2022 tomados de la OCDE, muestra las disparidades en la financiación de la salud entre los distintos países y cómo están estructurados los sistemas de salud en términos de participación de los sectores público y privado.

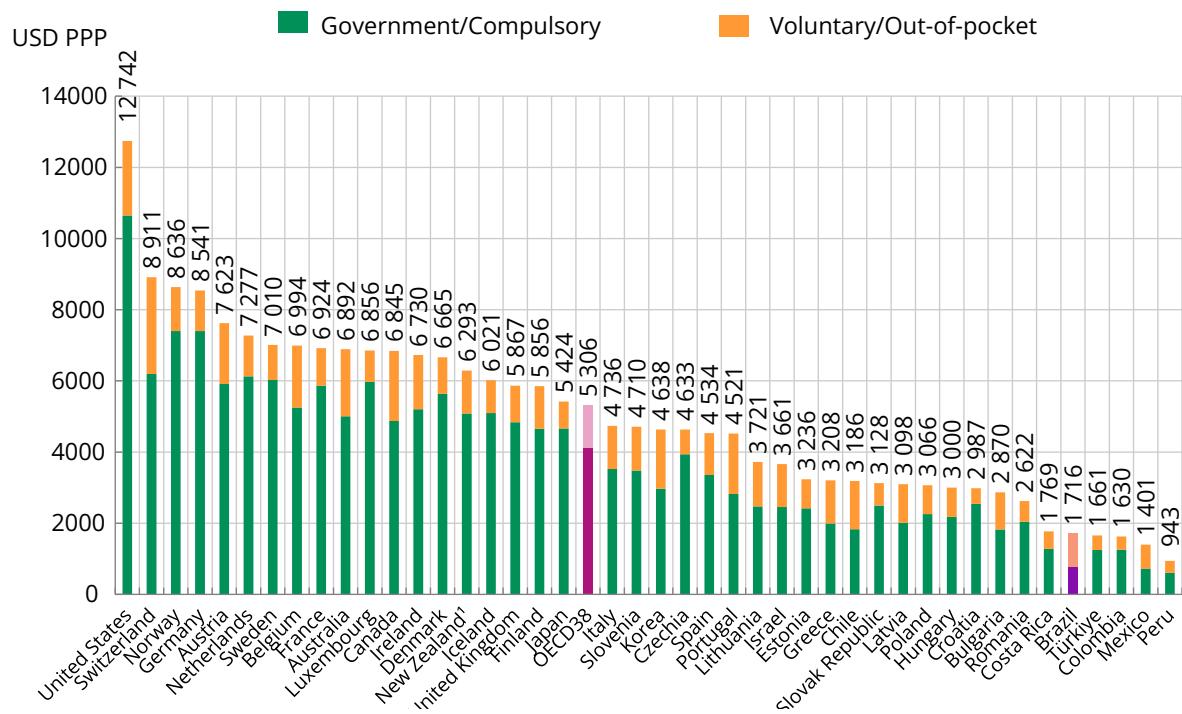
En países como los Estados Unidos de América (EE.UU.), Alemania y Francia, el gasto público como proporción del PIB es de los más elevados. EE.UU. encabeza esta clasificación con un 16,5%, cifra que, aunque significativa, refleja el elevado coste del sistema estadounidense, que combina una importante inversión pública con una gran dependencia de los seguros privados y de los desembolsos directos, como demuestra un

gasto privado del 2,7% del PIB. Alemania y Francia también tienen altos niveles de gasto público, con un 10,9% y un 10,1% respectivamente, caracterizando sistemas universales sólidos y bien financiados que minimizan la dependencia del gasto privado.

Considerando inicialmente el gasto sanitario como proporción del PIB, se observa que Brasil destinó alrededor del 9,4% de su PIB al sector en 2022, una cifra similar a la media de la OCDE. Sin embargo, esta paridad relativa oculta importantes disparidades en términos absolutos y en la composición de la financiación.

El análisis de los datos de gasto sanitario per cápita proporcionados por la OCDE para el mismo año muestra profundas asimetrías entre los países investigados, especialmente en lo que se refiere a la participación pública en la financiación y a la capacidad de garantizar la cobertura universal con equidad.

Gráfico 2.2. Gasto per cápita en salud en 2022



Fuente: Estadísticas de Salud de la OCDE 2024².

Brasil tiene uno de los gastos totales en salud per cápita más bajos, con US\$ 1.716,10, lo que representa apenas cerca de un tercio del promedio de los países de la

OCDE (US\$ 5.306,40)². De ese total, menos de la mitad (US\$ 778,80) proviene de fuentes gubernamentales u obligatorias. El financiamiento de la salud en Brasil: perspectivas de los estados y municipios es un patrón de financiamiento que impone una elevada carga financiera a las familias, cuyo gasto voluntario y directo (US\$ 937,30) supera el componente público. Esta estructura contrasta fuertemente con la de países con sistemas universales consolidados, como el Reino Unido, Francia y Alemania, donde la participación del gobierno supera el 80% del gasto total, garantizando una mayor protección contra el riesgo financiero asociado a la enfermedad. Aún más contrastante es la comparación con los EE.UU., cuyo gasto público per cápita (US\$10.648,50) es más de 13 veces superior al de Brasil, incluso en un sistema con fuerte presencia privada. Esas cifras reiteran el desfinanciamiento histórico del SUS y señalan la urgente necesidad de reconfigurar el arreglo federativo, el espacio fiscal disponible y las prioridades distributivas del Estado brasileño, a fin de asegurar niveles mínimos de financiamiento compatibles con los principios constitucionales de universalidad, integralidad y equidad.

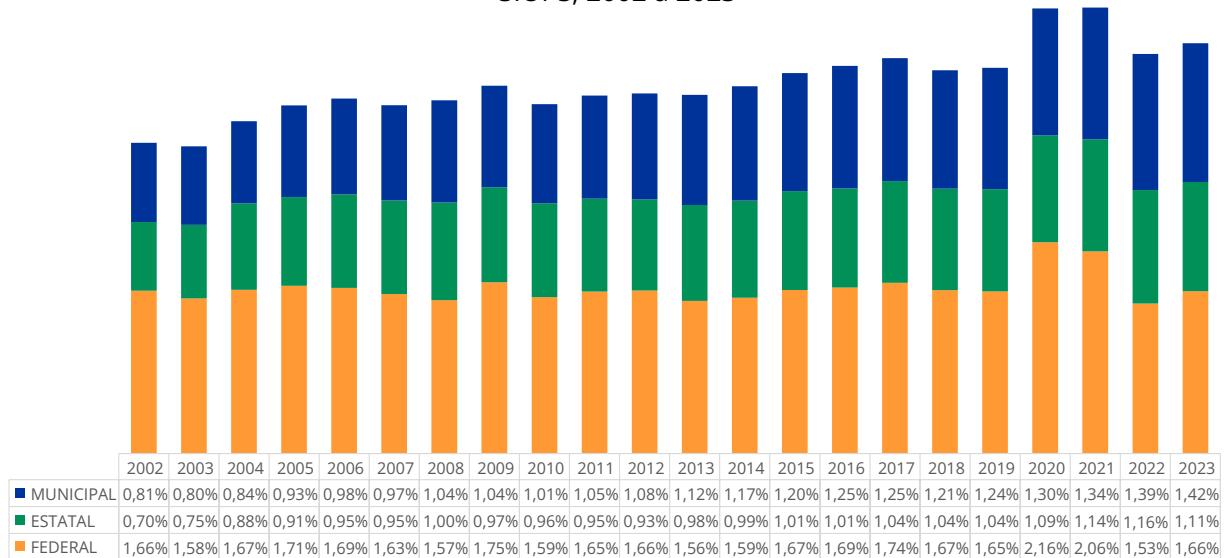
2.1.1 GASTO PÚBLICO EN SALUD EN BRASIL

La financiación del SUS se compone de recursos procedentes de los impuestos recaudados por las tres esferas de gobierno, incluidas las transferencias constitucionales a los estados, el Distrito Federal y los municipios. Sin embargo, esta financiación ha demostrado ser insuficiente para garantizar la asignación de recursos financieros adecuados para el pleno funcionamiento del sistema público.

Según Figueiredo et al.³, los recursos puestos a disposición han sido inferiores a los necesarios para atender las demandas de salud de la población, desviándose incluso del nivel inicialmente previsto en la concepción del SUS. Esta situación se ha visto agravada por la adopción de políticas de austeridad fiscal en el país, que han limitado aún más la capacidad de financiación del sistema³.

Brasil, a pesar de tener un mandato constitucional para un sistema público de salud con acceso universal, tiene un gasto privado en salud superior al gasto público. Los países con sistemas de salud similares, es decir, universales y públicos, gastan una media del 8% del PIB.

Gráfico 2.3. Proporción del gasto en salud pública en Brasil como proporción del PIB – SIOPS, 2002 a 2023



Fuente: SIOPS/MS - IBGE

El gasto público en salud en relación con el PIB en Brasil entre 2002 y 2023 revela perspectivas relevantes sobre la evolución de la financiación sanitaria por los niveles federal, estatal y municipal (gráfico 2.3). Los porcentajes medios a lo largo del período muestran los diferentes niveles de gobierno involucrados en el mantenimiento del SUS. A nivel federal, el promedio fue de 1,69% del PIB, siendo la Unión la principal fuente de financiamiento de la salud pública en Brasil. A su vez, los estados tuvieron un promedio de 0,98%, mientras que los municipios registraron un promedio de 1,11%, destacando la creciente importancia de las administraciones municipales en el costeo y gestión de los servicios de salud.

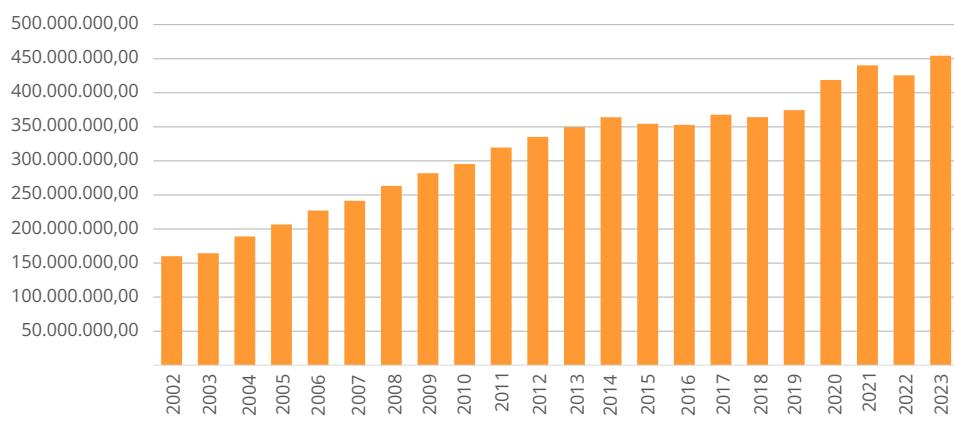
El comportamiento del gasto a lo largo del período muestra diferentes desempeños entre las esferas de gobierno. La participación federal se mantuvo prácticamente estable, en 1,66% tanto en 2002 como en 2023, lo que indica una falta de crecimiento proporcional al PIB. Por otro lado, los estados experimentaron un aumento de 0,41 puntos porcentuales, pasando del 0,70% en 2002 al 1,11% en 2023, lo que muestra una mayor implicación de los gobiernos estatales en la financiación sanitaria. Los municipios, por su parte, registraron el mayor crecimiento relativo, con un aumento de 0,61 puntos porcentuales, de 0,81% en 2002 a 1,42% en 2023, lo que refuerza el protagonismo de las entidades municipales en el contexto de la descentralización del SUS.

Estas cifras indican que, en las dos últimas décadas, la carga de la financiación sanitaria se ha trasladado progresivamente a los estados y, sobre todo, a los municipios. Este movimiento suscita preocupación acerca de la sostenibilidad fiscal de las entidades subnacionales, especialmente en contextos de crisis económica o de reducción de las transferencias federales. Por otro lado, la estabilidad de los porcentajes federales, aunque significativa en términos absolutos, puede indicar limitaciones en la expansión de la participación de la Unión en un financiamiento proporcional a las crecientes demandas de salud en el país.

Este panorama muestra la fragilidad del pacto federativo en la financiación de la salud pública, considerando los desafíos de equidad y sostenibilidad financiera que permean el sistema. En este sentido, es fundamental fortalecer la coordinación entre las esferas de gobierno y garantizar que los recursos se asignen adecuadamente a las necesidades locales y regionales, asegurando la continuidad y la calidad de los servicios de salud para la población brasileña.

El Gráfico 2.4 muestra la evolución del gasto público total en el SUS. Considerando cifras corregidas por el Índice Nacional de Precios al Consumidor Amplio (IPCA) para 2023, se muestra la evolución del gasto público total en salud. Al inicio del período, en 2002, el gasto público total corregido era de aproximadamente 160.000 mil millones de reales, mientras que en 2023 alcanzará los 454.000 mil millones de reales. Este crecimiento equivale a un aumento real de cerca del 184%, mostrando una expansión significativa de la financiación del SUS. Sin embargo, revela importantes fluctuaciones en la tasa de crecimiento a lo largo del tiempo, relacionadas con las condiciones económicas y las políticas adoptadas en diferentes períodos.

Gráfico 2.4. Gasto público total en salud – Brasil, 2002 – 2023. En millones de Reales
(Actualizados IPCA/2023)



Fuente: SIOPS/MS.

■ Gasto Público Total

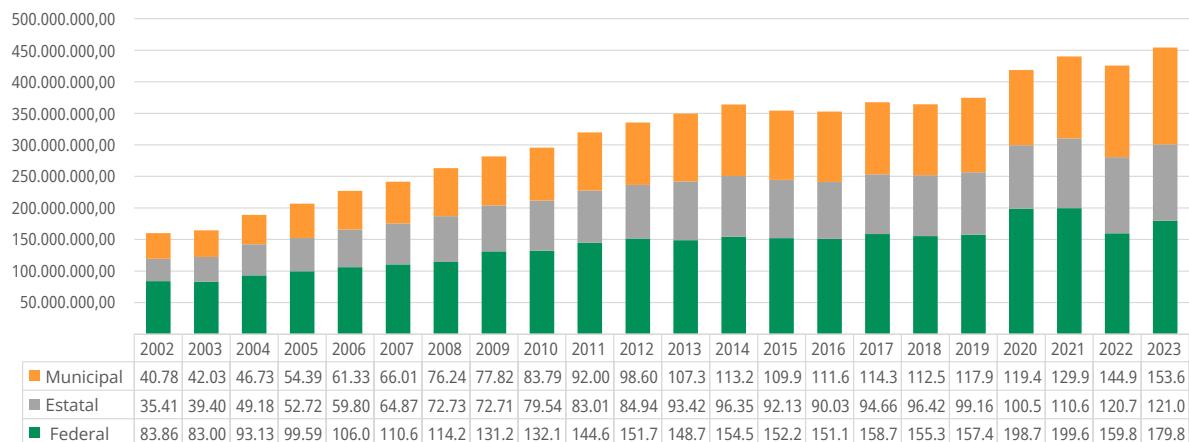
De 2002 a 2008, el gasto público total en el país creció de manera constante, pero a un ritmo moderado, lo que sugiere una expansión gradual de la capacidad de financiación del SUS durante este período. A partir de 2009, se aceleró el crecimiento económico y se fortalecieron las políticas de salud.

Entre 2015 y 2019, la serie muestra una desaceleración en el crecimiento real del gasto, lo que refleja las restricciones fiscales impuestas por la crisis económica y las políticas de austeridad adoptadas en Brasil. Este período coincide con la aprobación de medidas como el techo de gasto público - Enmienda Constitucional (EC) nº 95 del 15 de diciembre de 2016 - que limitó el crecimiento del gasto primario, incluido el gasto en salud.

El año 2020 vio un salto significativo en el gasto debido a la pandemia de covid-19, que exigió recursos de créditos extraordinarios para financiar acciones de emergencia, como la compra de insumos médicos, equipos, vacunaciones y ampliación de camas hospitalarias, entre otras. El total de gastos corregidos ascendió a 418 mil millones de reales ese año, representando una de las mayores inversiones jamás registradas. Este elevado nivel se mantuvo en 2021 debido a las continuas demandas relacionadas con la pandemia.

Después del pico observado en 2020 y 2021, los años 2022 y 2023 muestran una caída en el crecimiento, aunque sigue siendo elevado. En 2023, el gasto público total corregido alcanzó el valor más alto de la serie, 454 mil millones de reales. Aunque el gasto público en salud haya crecido significativamente en términos reales, parte de este crecimiento ha sido impulsado por eventos extraordinarios, como la pandemia de COVID-19.

Gráfico 2.5. Gasto público total en salud - Brasil, 2002 a 2023. En millones de reales
(actualizado IPCA/2023)



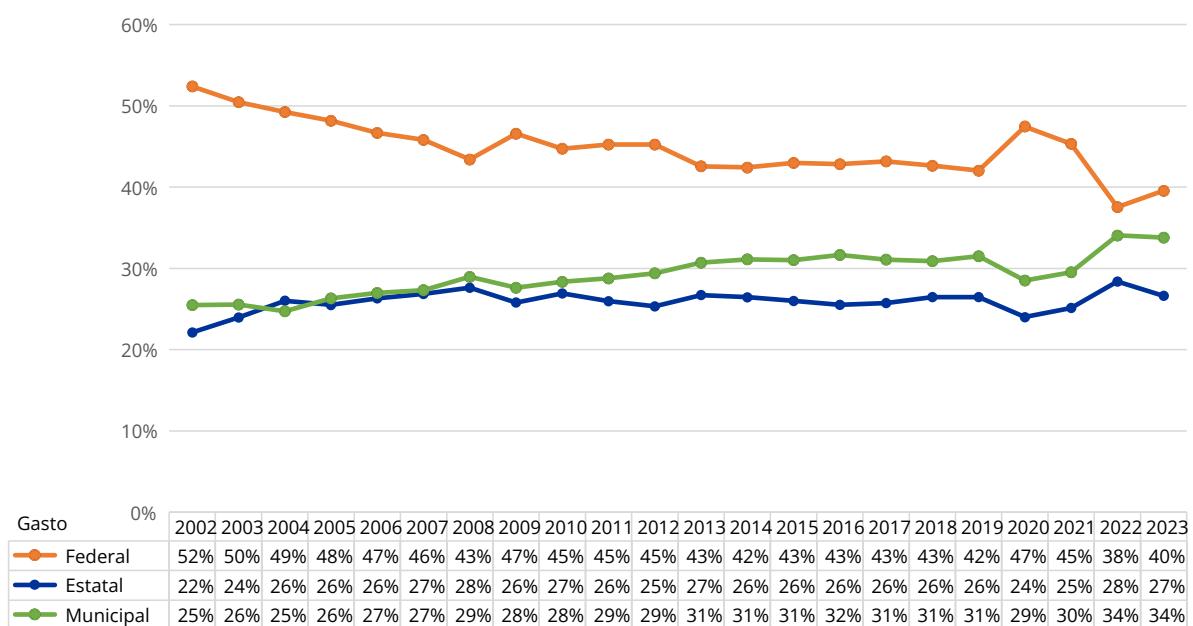
Fuente: SIOPS/MS.

Como se observa en el gráfico 2.5, entre 2002 y 2023, el gasto público total en salud, descontada la inflación, creció de R\$160,07 mil millones a R\$454,46 mil millones, lo que corresponde a un aumento de aproximadamente 184% en el período. Este crecimiento refleja un aumento significativo de la inversión en salud pública en Brasil, pero con variaciones significativas en la contribución relativa de cada esfera de gobierno.

2.1.1.1 COMPOSICIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Considerando el crecimiento real de la inversión en salud y los diversos cambios en la regla de montos mínimos invertidos por el gobierno federal, se observa que la composición del gasto público en las últimas dos décadas ha cambiado significativamente, destacándose el papel protagónico de los entes subnacionales en el financiamiento del SUS.

Gráfico 2.6. Composición del gasto con acciones y servicios públicos de salud, Brasil, 2002 - 2023



Fuente: elaboración propia con base en SIOPS, RAG MS (2023).

Los datos del Gráfico 2.6 muestran cambios significativos en la composición de este gasto, evidenciando un proceso de transferencia de responsabilidad presupuestaria del gobierno federal a los estados y, sobre todo, a los municipios.

Al inicio del período analizado, en 2002, el gobierno federal desempeñaba un papel preponderante, con 52% del gasto en salud. Sin embargo, a lo largo de los años,

se ha producido una reducción progresiva de este porcentaje. En 2023, **la proporción del gasto federal había descendido al 40%, lo que representa una tasa de variación acumulada negativa del 23% en 21 años.** La mayor reducción se registró entre 2021 y 2022, cuando la proporción federal cayó del 45% al 38%. A pesar de esta brusca reducción, se produjo una recuperación parcial al año siguiente, volviendo la participación federal al 40% en 2023, coincidiendo con el cambio en la metodología del suelo federal definido por la LC nº 201 del 24 de octubre de 2023.

Los gobiernos estatales mostraron una tendencia de financiación más estable, pero con un crecimiento moderado a lo largo del periodo. En 2002, los Estados representaban el 22% del gasto sanitario, mientras que en 2023 este porcentaje alcanzará el 27%. Esta evolución refleja un crecimiento acumulado del 22,7% a lo largo de dos décadas. Esta relativa estabilidad sugiere que el peso presupuestario de los estados en salud ha aumentado a un ritmo lento, sin fluctuaciones significativas.

Los municipios, por su parte, registraron el crecimiento más significativo en la proporción del gasto público en salud. En 2002, los municipios representaban el 25% de la cuota total, porcentaje que aumentará hasta el 34% en 2023. Este aumento refleja una variación acumulada del 32% a lo largo del periodo analizado, lo que indica una expansión significativa de sus responsabilidades financieras en el sector. El crecimiento constante es indicativo de la mayor presión presupuestaria sobre los municipios, que se enfrentan a demandas crecientes de servicios de salud localizados, a menudo sin un aumento correspondiente de sus ingresos.

En términos generales, los datos apuntan a un proceso de transferencia de responsabilidades en la financiación de la salud pública en Brasil. Mientras que la participación federal ha disminuido constantemente, los estados y municipios han aumentado gradualmente sus contribuciones. Este escenario refuerza la necesidad de analizar en profundidad los mecanismos de transferencia intergubernamental, como las transferencias del FAF y las enmiendas parlamentarias, que pueden estar redistribuyendo responsabilidades financieras sin garantizar un equilibrio en los ingresos.

2.2 HISTORIAL NORMATIVO DE LA FINANCIACIÓN DEL SUS

El derecho a la salud en Brasil ascendió a la categoría de garantía constitucional con la promulgación de la Constitución Federal en 1988, que también estableció los medios para alcanzarlo, empezando por la creación del SUS. Sin embargo, la sociedad brasileña, especialmente durante la década iniciada en 1980, ya había tomado conciencia de su derecho a la salud y - tanto los millones de personas que aún se encontraban totalmente

al margen del mercado de consumo como las élites económicas y sociales - empezaron a exigir que se garantizara el derecho a la salud⁴.

Entre los diferentes conceptos de salud a lo largo de la historia, el adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue el que mejor entendió la salud como un derecho humano⁵. Así, el reconocimiento del derecho a la salud y la obligación del Estado de promoverla y protegerla se convirtieron en el objeto de la OMS, que recogió en el preámbulo de su Constitución (1946) el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁶. Sin embargo, las demandas de la sociedad y de las organizaciones internacionales no bastan por sí solas para garantizar el derecho a la salud, por lo que es imprescindible establecer medios concretos para conseguirlo.

En el caso de Brasil, el alcance y la amplitud de la actual política de salud están definidos en los artículos 196 a 200 de la Constitución Federal. Medici (1994) señala que, desde el punto de vista de los intereses federativos, tres cuestiones se superponen como relevantes a) la existencia de un mando único en cada esfera de gobierno; b) la descentralización, de modo que las acciones de salud pasen a ser corresponsabilidad de la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios, correspondiendo a las entidades subnacionales la prestación de los servicios y a la esfera federal la definición de la política nacional de salud, así como de sus normas, reglamentos y reglas generales; c) el financiamiento de las políticas de salud sea corresponsabilidad de la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios⁷.

En este contexto, la historia de la financiación del SUS ha estado marcada por una evolución constante, desde su creación hasta la actualidad. Aunque la Constitución establecía la participación de las tres esferas de gobierno en la financiación del SUS y preveía fuentes de ingresos y la asignación de recursos mínimos por parte de la Unión, estos preceptos constitucionales fueron ampliamente desatendidos a lo largo de la década de 1990. Esta negligencia se ha traducido, y aún persiste, en importantes dificultades para financiar el sistema público de salud, que requiere recursos adecuados para satisfacer las necesidades de la población, a fin de garantizar el derecho constitucional.

Hasta que se estableció la garantía constitucional del derecho a la salud en el país, la financiación federal de la salud procedía de hasta el 30% del presupuesto de la Seguridad Social, excluido el seguro de desempleo. Después de 1988, la primera iniciativa constitucional para garantizar fuentes seguras de financiación de las acciones y servicios públicos de salud fue la Propuesta de Enmienda a la Constitución (PEC) nº 82, del 27 de marzo de 1995, que culminó con la promulgación de la EC nº 29, del 13 de septiembre de 2000^{8,9}.

El principal objetivo de la PEC 82/1995, presentada por el diputado Carlos Mosconi y otros parlamentarios, era garantizar una fuente de financiación estable y específica para el SUS. La propuesta pretendía destinar exclusivamente al SUS los recursos provenientes de las contribuciones patronales sobre el volumen de negocios y ganancias, buscando mitigar la falta de previsibilidad y seguridad financiera que caracterizaba al sistema en la época. En la práctica, esto significaba una garantía de que estos recursos, esenciales para el funcionamiento del SUS, se destinarían directamente al área de la salud. La justificación de la PEC 82/1995 destacaba las dificultades a las que se enfrentaba el sistema por no disponer de una fuente de financiación vinculada a los ingresos. En lugar de contar con ingresos vinculados, el sistema dependía de transferencias interministeriales, lo que creaba un entorno de incertidumbre financiera y dificultaba la planificación y ejecución de las políticas de salud pública. Por lo tanto, la propuesta buscaba establecer un destino fijo para los fondos recaudados, ofreciendo más seguridad y autonomía para la gestión de la salud pública en el país. Esta destinación específica pretendía evitar que los recursos fueran desviados hacia otras áreas, garantizando así el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de salud.

Cuando se presentó a la Comisión de Constitución y Justicia (CCJ), se analizó la admisibilidad y constitucionalidad del PEC y se consideró compatible con las cláusulas fundamentales de la Constitución, incluyendo la preservación de la forma federal del Estado y los derechos fundamentales. Por ello, el CCJ recomendó su aprobación, con ajustes de redacción. El ponente de la propuesta, al debatir la cuestión de la afectación de ingresos, argumentó que la PEC 82/1995 no violaba el artículo 167, IV de la Constitución Federal, que prohíbe la afectación de ingresos fiscales a órganos específicos. En opinión del ponente, la nueva disposición representaba una excepción válida, justificada por la necesidad imperiosa de garantizar recursos para el SUS. La propuesta también pretendía especificar las contribuciones destinadas a la salud dentro del presupuesto de la seguridad social, dando más transparencia y claridad a la asignación de estos recursos.

La PEC 82/1995 también recibió enmiendas, una de ellas del ponente. Esta enmienda determinaba que los ingresos procedentes de las cotizaciones patronales sobre el volumen de negocios y los beneficios se destinarían íntegramente a financiar el SUS. Si se produjeran excedentes, se reorientarían al presupuesto de la seguridad social, según lo previsto en el presupuesto anual de salud. La PEC 82/1995 gozó de un amplio apoyo parlamentario, como demuestra la extensa lista de signatarios que representaban a diversos Estados y partidos. Este apoyo facilitó su paso por ambas cámaras del parlamento. Tras ser aprobada en dos rondas en la Cámara de Diputados, la propuesta pasó al Senado, donde recibió nuevos ajustes antes de ser aprobada definitivamente.

En estos ajustes, se modificaron las fuentes de financiación. El nuevo texto estableció reglas claras y permanentes para garantizar una aplicación mínima de los recursos públicos a la salud, determinando que la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios debían destinar porcentajes fijos de sus ingresos a la financiación del SUS; además de reforzar la gestión de esos ingresos a través de los fondos de salud. Esta medida fue fundamental para crear una base estable de recursos para el sistema público de salud brasileño.

El 14 de septiembre de 2000, la propuesta, que consolidaba los objetivos originales de la PEC nº 82/1995, fue finalmente promulgada como EC nº. 29/2000 - a través de enmiendas al cuerpo del art.198, que constituye el sistema único de ASPS en el país. Se estableció así la necesidad de creación de una LC, reevaluada por el poder legislativo cada cinco años, que estableciera porcentajes mínimos de recursos propios de las tres esferas de gestión del SUS, a ser invertidos en ASPS, así como reglas de seguimiento, evaluación y control de los gastos en salud. La LC también debía establecer los criterios de distribución de los recursos de la Unión entre los estados, el Distrito Federal y los municipios, y de los recursos de los estados entre sus respectivos municipios, con el objetivo de reducir progresivamente las disparidades regionales, lo que, de hecho, aún no ha ocurrido.

Sin embargo, mediante la Ley de Disposiciones Constitucionales Transitorias (ADCT), la EC nº 29/2000 estipuló que, hasta que se publicara la LC, la Unión debería aplicar, en 2000, la cantidad comprometida para el ASPS en 1999, más al menos el 5%. Para los años 2000 a 2004, la cantidad mínima dedicada a salud sería la gastada en el año anterior más la variación nominal del PIB⁸.

En el caso de los estados y el Distrito Federal, se estableció que el monto mínimo a destinar a ASPS sería el 12% de sus ingresos tributarios propios y de las transferencias recibidas para ASPS. Los municipios, por su parte, quedaron obligados a destinar al menos 15% de sus ingresos por impuestos y transferencias a este sector. En ambos casos, para aquellas entidades subnacionales que gastaran menos de los porcentajes mínimos recién definidos en 1999, se estableció un porcentaje mínimo escalonado para los años 2000 a 2004, que oscilaba entre el 7% y el 12% para los estados y hasta el 15% para los municipios. Estas obligaciones mínimas de aplicación tenían por objeto garantizar que la financiación del SUS no dependiera exclusivamente de las decisiones presupuestarias anuales, creando una protección contra los recortes arbitrarios de los recursos financieros.

Cuadro 2.1. Estado de la base vinculada a la recaudación de impuestos para el cumplimiento del mínimo constitucional de la salud pública en Brasil, según la EC nº 29/2000

	Municipales + DF	Estatales + DF	Unión
Total de los ingresos de impuestos	Impuesto sobre Servicios de Cualquier Naturaleza Impuesto sobre Bienes Inmuebles de Naturaleza Urbana - IPTU Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales - ITBI	Impuesto sobre la Circulación de Mercancías y Servicios - ICMS Impuesto sobre Vehículos de Tracción Mecánica - IPVA Causa Mortis e Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales Onerosas - ITCMD	Valor calculado el año anterior, corregido por la variación nominal del PIB
(+) Ingresos de transferencias de la Unión:	Cuota de FPM Cuota del Impuesto sobre Bienes Inmuebles Rústicos - ITR Parte de LC nº 87/96 (Ley Kandir) (+) Retención Impuesto sobre la Renta - IRRF	Cuota de FPE Cuota del impuesto sobre los productos industrializados - IPI - Exportaciones Transferencias de LC nº 87/1996 (Ley Kandir) Cota parte sobre IRRF	
(+) Ingresos de transferencias del Estado	Cuota ICMS Cuota IPVA Cuota IPI - Exportaciones		
(+) Otros Ingresos Corrientes	Ingresos por deuda tributaria activa, multas, intereses de demora y corrección monetaria	Ingresos por impuestos, multas, intereses de demora y corrección monetaria.	
Base Vinculada	15%	12%	

Fuente: elaboración propia con base en la EC nº 29/2000⁸

La EC nº 29/2000 supuso un cambio importante en las fuentes de financiación del SUS. Desde esta modificación, la financiación del sistema incluye directamente el producto de la recaudación tributaria como fuente fundamental de financiación. Este mecanismo ha permitido que los recursos destinados a la salud se apliquen directamente a la ASPS,

reduciendo la dependencia de las negociaciones presupuestarias anuales y ampliando la base de apoyo a la financiación de la salud pública. Esta inclusión de los impuestos como fuente directa de ingresos reforzó el compromiso del Estado brasileño con el SUS, buscando garantizar una entrada más previsible y regular de recursos.

Otro aspecto importante introducido por la EC nº 29/2000 fue la obligación constitucional de crear Fondos de Salud en cada entidad subnacional, responsables de la aplicación y el control de los recursos destinados al área. La nueva normativa también reforzó la fiscalización del gasto por parte de la sociedad civil, exigiendo a los Consejos de Salud que actúen para garantizar la transparencia y la eficiencia en la gestión de los recursos. Esta medida pretendía garantizar que los recursos no se utilizaran para fines distintos de la salud, protegiendo así el presupuesto destinado al SUS. Esta protección era esencial para evitar que los gobiernos utilizaran los recursos del sistema de salud pública para cubrir déficits en otras áreas, lo que podría poner en peligro la oferta y la calidad de los servicios de salud pública.

Por lo tanto, la EC nº 29/2000 representó un hito en la historia de la financiación de la salud pública en Brasil, al definir un compromiso constitucional con el SUS y garantizar que una parte específica de los recursos públicos se destinara al sector. Esta enmienda trajo previsibilidad al presupuesto de salud y creó mecanismos de control y transparencia, fortaleciendo la sostenibilidad financiera del SUS, además de promover una gestión más eficiente y transparente de los recursos destinados a la salud pública en el país.

Actualmente, los estados, el Distrito Federal y los municipios siguen la regla establecida por la EC nº 29/2000. Sin embargo, como se muestra en El Cuadro 2.2, se han introducido cambios sucesivos en la regla mínima constitucional de la Unión. En la última década, una serie de cambios ha repercutido en la asignación de los recursos federales, con inflexiones y retrocesos para la financiación del SUS¹⁰

Cuadro 2.2. Registro de las sucesivas modificaciones de los pisos constitucionales de financiación de ASPS por la Unión después de la promulgación de la EC nº 29/2000

Periodo	Norma		Método de Cálculo del mínimo a ser aplicado en ASPS
Desde 1988	CF/88	ADCT, art. 55	El 30% del presupuesto de la Seguridad Social, excluido el seguro de desempleo Importe calculado en el año anterior, corregido por la variación nominal del PIB
2000	EC nº 29/2000	ADCT, art. 77, I, a	Importe comprometido en 1999 más al menos el 5%
2001 - 2004	EC nº 29/2000	ADCT, art. 77, I, b	Importe comprometido el año anterior más la variación nominal del PIB
2005 - 2011		ADCT, art. 77, § 4º	Mantenimiento de la regla anterior
2012 - 2015	LC nº 141/2012	Art. 5º, caput e §2º	Mantenimiento de la regla anterior, y en caso de variación negativa del PIB, el importe no podrá reducirse en términos nominales de un ejercicio al siguiente
2016	EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	El 13,2% de los ingresos corrientes netos (RCL) en 2016, escalonados hasta el 15% en 2020
2017	EC nº 95/2016	ADCT, art. 110, I	El 15% de RCL en 2017 (ingresos realizados)
2018 - 2020	EC nº 95/2016 (Transitorio)	ADCT, art. 110, II	15% da RCL em 2017, e nos anos seguintes, esse valor acrescido do IPCA (receita realizada de julho do ano anterior a junho do ano da elaboração orçamentária)
2021 - 2022	EC nº 113/2021 (Transitorio)	ADCT, art. 107, § 12	El 15% del RCL en 2017, y en los años siguientes, este valor más el IPCA (medido de enero a junio y estimado de julio a diciembre del año de elaboración del presupuesto)
2023	EC nº 126/2023 LC nº 200/2023 EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	El 15% del RCL del ejercicio correspondiente (ingresos realizados)
	LC nº 201/2023	Art. 15	En 2023, se tendrá en cuenta el RCL estimado en la Ley nº 14.535/2023.
2024 y siguientes	EC nº 86/2015	CF, art. 198, § 2º, I	El 15% del RCL del ejercicio correspondiente (ingresos realizados)

Fuente: Constitución Federal, LC nº 141/2012, LC nº 200/2023 y nº 201/2023¹¹⁻¹⁴.

El objetivo de la EC nº 29/2000 era dar estabilidad a la financiación del sector de la salud, con recursos de las tres esferas del gobierno, basados en porcentajes de ingresos definidos por ley. En 2003, se inició una discusión en el Congreso Nacional a partir del Proyecto de Ley Complementaria (PLC) nº 01/2003, del diputado Roberto Gouveia (PT-SP), que pretendía definir cuál sería el ASPS a efectos del cálculo del mínimo constitucional a aplicar al SUS, así como establecer la asignación del 10% de los Ingresos Corrientes Brutos (RCB)

En 2007, el PLC nº 01/2003 tuvo varias alteraciones en su texto original, incluyendo el retorno a las reglas del EC nº 29/2000, relativas a la participación mínima de la Unión en la financiación del SUS, además de porcentajes de la Contribución Provisional sobre Transacciones Financieras (CPMF). La no ampliación de la CPMF dificultó el avance del proyecto en el Senado, donde fue añadido al Proyecto de Ley del Senado (PLS) nº 156/2007, de autoría del senador Marconi Perillo (PSDB-GO).

En abril de 2008, se aprobó por unanimidad el PLS nº 121/2007, del senador Tião Viana (PT-AC), que prevé que el 10% del RCB se destine al sector de la salud. Cuando se envió a la Cámara de Diputados, se aprobó en forma de sustituto, como PLP nº 306/2008, el 21 de septiembre de 2008, con el diputado Pepe Vargas (PT-RS) como ponente. En este sustitutivo, la Cámara rechazó la propuesta del Senado de destinar el 10% del RCB de la Unión y la creación de la Contribución Social para la Salud (CSS), lo que resultó en ningún aumento de los recursos federales para el SUS. Cuando volvió al Senado, el sustitutivo fue reintroducido como PLS nº 121/2007, y fue aprobado el 7 de diciembre de 2011, reglamentando el EC nº 29/2000 con las mismas reglas de asignación de recursos¹⁵.

Sin embargo, seguía siendo necesario regular las disposiciones no autoaplicables para garantizar la correcta aplicación por parte de los entes federales y el control por parte de los Tribunales de Cuentas. Así, 12 años después de su promulgación, su reglamentación se materializó a través de la LC nº 141, del 13 de enero de 2012, que reglamentó el § 3º del art. 198 de la Constitución Federal, estableciendo los valores mínimos que la Unión, los estados, el Distrito Federal y los municipios deben invertir anualmente en lo que se estableció como ASPS¹³. La LC nº 141/2012 estableció la necesidad de crear una metodología anual de criterios de prorrataeo de los fondos de transferencias para la salud, así como reglas de seguimiento, evaluación y control de los gastos de las tres esferas de gobierno, derogando disposiciones de las Leyes nº 8.080, del 19 de septiembre de 1990, y nº 8.689, del 27 de julio de 1993¹³. Sin embargo, la ley no estableció una nueva asignación de fondos federales para la salud, frustrando las expectativas de un aumento de la financiación para el sector. Por otro lado, la ley definió lo que puede considerarse gasto en ASPS, valorizando el proceso de planificación y control social y estableciendo la transferencia regular y automática de recursos para gastos e inversiones a través de los fondos de salud¹⁵.

Cuadro 2.3. Estado de gastos considerados actuaciones y servicios de salud pública de acuerdo con los artículos 2º y 3º de la LC nº 141/2012

Gastos considerados como ASPS

- Los destinados a la promoción, protección y recuperación de la salud que atiendan simultáneamente a los principios establecidos en el artículo 7º de la Ley nº 8.080, del 19 de septiembre de 1990, y a las siguientes directrices:
 - I - destinarse a acciones y servicios públicos de salud de acceso universal, igualitario y gratuito;
 - II - estar en consonancia con los objetivos y metas establecidos en los Planes de Salud de cada ente de la Federación; y
 - III - ser de responsabilidad específica del sector salud, no aplicándose a gastos relacionados con otras políticas públicas que actúen sobre determinantes sociales y económicos, aunque tengan impacto en las condiciones de salud de la población.
- Párrafo único. Además de atender a los criterios establecidos en el *caput*, los gastos en acciones y servicios públicos de salud del Gobierno Federal, de los estados, del Distrito Federal y de los municipios deberán ser financiados con recursos movidos a través de los respectivos fondos de salud.
- Teniendo en cuenta lo dispuesto en el Artículo 200 de la Constitución Federal, en el Artículo 6º de la Ley nº 8.080, del 19 de septiembre de 1990, y en el Artículo 2º de la presente Ley Complementaria, a los efectos del cálculo de la aplicación de los recursos mínimos aquí establecidos, se considerarán gastos en acciones y servicios de salud pública los gastos en:
 - I - vigilancia sanitaria, incluyendo vigilancia epidemiológica y sanitaria;
 - II - atención integral y universal de salud en todos los niveles de complejidad, incluyendo asistencia terapéutica y recuperación de deficiencias nutricionales;
 - III - capacitación del personal de salud del SUS;
 - IV - desarrollo científico y tecnológico y control de calidad promovidos por las instituciones del SUS;
 - V - producción, adquisición y distribución de insumos específicos para los servicios de salud del SUS, tales como: inmunobiológicos, sangre y hemoderivados, medicamentos y equipamientos médico-odontológicos;
 - VI - saneamiento básico de domicilios o pequeñas comunidades, siempre que sea aprobado por el Consejo de Salud de la entidad de la Federación que financia la acción y esté de acuerdo con las directrices de las demás determinaciones previstas en esta Ley Complementaria;
 - VII - saneamiento básico de distritos sanitarios especiales indígenas y de comunidades remanentes de quilombos;
 - VIII - gestión ambiental directamente vinculada al control de vectores de enfermedades;
 - IX - inversiones en la red física del SUS, incluyendo la ejecución de obras de recuperación, reforma, ampliación y construcción en establecimientos públicos de salud;
 - X - remuneración del personal de salud activo que actúe en las acciones a que se refiere este artículo, incluyendo cargas sociales;
 - XI - acciones de apoyo administrativo realizadas por instituciones públicas del SUS e indispensables para la ejecución de acciones y servicios de salud pública; y
 - XII - gestión del sistema público de salud y funcionamiento de unidades prestadoras de servicios de salud pública.
 - XIII - costeo e inversión en hospitales universitarios federales, incluso por medio del ente público responsable por su administración, siempre que los gastos sean aprobados por el Ministerio de Salud y estén de acuerdo con las directrices de las demás determinaciones previstas en esta Ley Complementaria. (Incluido por la Ley Complementaria nº 209, de 2024)

Fuente: LC nº 141/2012¹³.

El primer cambio en el suelo sanitario federal se produjo 15 años después de la promulgación de la EC nº 29/2000, a través de la EC nº 86, del 17 de marzo de 2015¹⁶. La cuestión de la financiación sanitaria fue uno de los puntos centrales del debate durante el mismo, que tuvo su origen en la PEC 358, del 26 de noviembre de 2013. La propuesta, que inicialmente buscaba establecer un presupuesto obligatorio para las enmiendas parlamentarias individuales, adquirió una nueva dimensión con la inclusión de una norma específica para la aplicación mínima de los recursos federales a la ASPS. La PEC 358/2013 preveía inicialmente la ejecución obligatoria de las enmiendas parlamentarias, buscando dar al Congreso Nacional un mayor control sobre los recursos que destina. Sin embargo, a medida que avanzaba, crecía el interés en vincular parte de este presupuesto obligatorio a la salud, con el fin de garantizar recursos adicionales para el SUS y así posiblemente reforzar la financiación del sector. En medio de estos debates, el texto de la PEC 358/2013 fue ampliado para incluir un nuevo piso federal de salud, vinculado al RCL del Gobierno Federal. Este nuevo suelo de financiación establecía que, a partir de 2016, el Gobierno Federal debía invertir un porcentaje progresivo de su RCL en salud, comenzando en el 13,2% y aumentando anualmente hasta alcanzar el 15% en 2020.

Además de fijar este porcentaje creciente de la RCL, la EC nº 86/2015 también especificó que el 50% del valor de las enmiendas parlamentarias individuales debería aplicarse obligatoriamente a la ASPS, reforzando la financiación del sector a través de una complementación directa de recursos. La inclusión de un nuevo piso sanitario provocó cambios significativos en la asignación de recursos federales al SUS. Estos cambios no pueden considerarse un logro para la salud pública, ya que no garantizaron una parte creciente del presupuesto federal para el sector, puesto que las enmiendas parlamentarias se contabilizaron como cantidades que pasaron a formar parte del piso federal, y no como recursos adicionales. Como resultado, a lo largo de los años las entidades subnacionales se han visto obligadas a destinar cada vez más recursos a la financiación de la salud en sus territorios.

Las pérdidas en el presupuesto del Ministerio de Salud comenzaron en el primer año de la EC nº 86/2015. En 2016, según datos de la Subsecretaría de Planificación y Presupuesto (SPO) del Ministerio de Salud, el mínimo constitucional de la Unión, previsto por la nueva norma, para aplicación en ASPS fue de 100 mil millones de reales. Sin embargo, con la norma anterior, teniendo en cuenta los gastos comprometidos en el año anterior y la variación del PIB, el mínimo constitucional habría sido de 103.700 mil millones de reales, es decir, una disminución de los recursos destinados a la salud de 3.700 mil millones de reales en 2016.

Tabla 2.1. Mínimo Constitucional de la Unión (2015 y 2016) para el ASPS:
EC nº 29/2000 versus EC nº 86/2015

			Valores em millones		
Regla		Valor ASPS 2015	Valor ASPS 2016	Incremento anual	Incremento (%)
EC 29	Importe comprometido el año anterior + variación del PIB (antigua norma hasta 2015)	98.378,80	103.718,50	5.339,70	5,4%
EC 86	13,2% do RCL (nueva norma)	-	100.247,47	1.868,67	1,9%

Fuente: SPO/MS^{8,16}.

La principal diferencia entre ambas normas radicaba en el método de ajuste. La EC nº 29/2000, al utilizar la variación del PIB, permitía que la financiación sanitaria siguiera más de cerca el crecimiento económico del país, lo que tiende a reflejar la creciente necesidad de inversión en el sector, especialmente en escenarios de expansión económica. Por otro lado, la EC nº 86/2015, al fijar un porcentaje de la RCL, estableció un piso, que, sin embargo, con los años se convirtió en un techo, que se limitó al crecimiento de los recursos, independientemente de la expansión de las demandas en acciones y servicios de salud.

Poco después de la promulgación de la EC nº 86/2015, se produjo otro cambio. El inestable escenario económico y político de la época y el *impeachment* de la entonces presidenta Dilma Rousseff llevaron nuevamente a un cambio en el piso federal a través de la PEC nº 241, del 15 de junio de 2016, que se transformó en la EC nº 95, del 15 de diciembre de 2016, la llamada “PEC de Techo de Gasto”¹⁷.

La EC nº 95/2016 introdujo el Nuevo Régimen Fiscal, una medida de control presupuestario destinada a combatir el desequilibrio fiscal y estabilizar la deuda pública federal de Brasil. Este PEC prometía un conjunto de directrices destinadas a limitar el crecimiento del gasto público primario de la Unión, ajustado anualmente por el índice oficial de inflación brasileño. Esta limitación pretendía reducir el endeudamiento del Estado, promover la estabilidad económica y restablecer la confianza de los inversores en la economía brasileña.

El Nuevo Régimen Fiscal introducido por la EC nº 95/2016 estableció un techo para el crecimiento del gasto primario de la Unión, fijando el límite inicial en el importe del gasto realizado en 2016, ajustado por el IPCA. Este monto se actualizaría anualmente en

función de la inflación acumulada del año anterior, según el índice IPCA, y el régimen se mantendría vigente durante 20 años, con posibilidad de revisión a partir del décimo año, con la aprobación del Congreso Nacional¹⁸.

Un aspecto fundamental del régimen fue la individualización de los límites de gastos para cada poder del Estado - Ejecutivo, Legislativo y Judicial - y para los órganos con autonomía administrativa y financiera, como el Tribunal de Cuentas de la Unión (TCU), el Ministerio Público y la Defensoría Pública. Con esta disposición, se preservaría la autonomía de estas entidades, evitando la centralización del control financiero en manos del poder ejecutivo. Esta medida tendría el potencial de permitir un mayor control sobre el gasto público, estableciendo una responsabilidad fiscal distribuida y descentralizada. Ciertas categorías de gasto fueron excluidas del límite establecido por el Nuevo Régimen Fiscal, como las transferencias constitucionales a estados y municipios, los gastos electorales, los créditos extraordinarios y la capitalización de empresas estatales no dependientes¹⁸. Esas excepciones tenían como objetivo proteger inversiones estratégicas y salvaguardar obligaciones constitucionales, lo que supuestamente garantizaba que no se pusieran en riesgo recursos esenciales para la implementación de políticas públicas prioritarias.

El contexto demostrado por el gobierno federal de deterioro fiscal, evidenciado por el aumento de la deuda pública, justificó, en la época, la adopción del Nuevo Régimen Fiscal. Según la justificación del proyecto, entre 2008 y 2015, los gastos primarios del gobierno federal crecieron significativamente por encima de la inflación, mientras que los ingresos avanzaron a un ritmo considerablemente menor. Este desequilibrio contribuyó a que la deuda pública alcanzara el 67,5% del PIB en 2016, con proyecciones de crecimiento exponencial. Mediante el establecimiento de estrictos límites de gasto, la PEC 241/2016 buscaba frenar el avance de la deuda pública y restaurar la estabilidad fiscal en el país¹⁷.

Según el texto justificativo del proyecto de ley, el propósito de limitar el gasto era también mejorar la previsibilidad y fortalecer la confianza del mercado en la gestión fiscal de Brasil. Al controlar estrictamente el crecimiento del gasto, se esperaba crear un ambiente más estable para la economía, atrayendo inversiones y posibilitando la reducción de las tasas de interés a largo plazo. Esta reducción del coste de financiación de la deuda pública podría, a su vez, incentivar un ciclo positivo de inversión y recuperación económica, resultando en beneficios significativos para el desarrollo de Brasil.

Otro punto de la propuesta fue el intento de reducir la volatilidad del gasto público. Al desvincular el crecimiento del gasto del ciclo económico, el EC nº 95/2016 introdujo una dinámica anticíclica. En períodos de expansión económica, el gasto no aumentaría de forma desproporcionada, evitando presiones inflacionistas; en períodos de recesión, el

régimen garantizaría que los recortes de gasto fueran moderados, reduciendo el impacto negativo sobre la economía. Los límites de gasto se ajustarían en función de la inflación estimada para el año siguiente.

Así, la promulgación del EC nº 95/2016 impuso un congelamiento del gasto primario del gobierno federal, en principio por dos décadas, en un contexto de fortalecimiento de la agenda neoliberal y de aplicación de políticas de austeridad. En salud, el techo de gastos determinó el congelamiento, en términos reales, de los gastos federales mínimos a partir de 2018, al nivel del año anterior, con el desacoplamiento de los gastos de los ingresos recaudados por la Unión, lo que culminó en una disminución de los recursos disponibles para el SUS¹⁰. Aunque el régimen preservó el gasto mínimo obligatorio en salud y educación, las correcciones de estos montos se basaron exclusivamente en la inflación. Este cambio limitó las posibilidades de ampliar los recursos destinados a estos sectores en períodos de crecimiento de los ingresos fiscales, lo que restringió las inversiones adicionales en salud y educación.

Estudios publicados en su momento demostraron las pérdidas para el SUS durante los posibles 20 años que estaría en vigor la EC nº 95/2016. Una nota técnica publicada en 2016 por Conass y Conasems ya mostraba la preocupación de las organizaciones que representan a los gestores sanitarios estatales y municipales por la propuesta¹⁹.

Cuadro 2.4. Impacto en el gasto federal del SUS - EC nº 86/2015 frente a PEC nº 241/2016 - previsión para los 20 años que estará en vigor

Año	RCL	Gasto Público con Salud (ASPS)								Pérdida con la PEC 241		
		EC 86				PEC 241						
		R\$ mil millones	R\$ mil millones	R\$ mil millones (actualizado IPCA 2016)	Participación del PIB (%)	Participación en la RCL (%)	R\$ mil millones	R\$ mil millones (actualizado IPCA 2016)	Participación del PIB (%)	Participación en la RCL (%)	En % del presupuesto calculado por la EC nº 86	En R\$ mil millones de 2016
2017	733,2	100,4	95,4	1,51	13,7	97,5	92,6	1,47	13,3	-3,0%	-2,82	
2026	1.302,2	195,3	124,8	1,65	15,0	146,0	93,3	1,24	11,2	-25,3%	-31,55	
2036	2.465,1	369,8	152,2	1,65	15,0	226,7	93,3	1,01	9,2	-38,7%	-58,89	
										Pérdida estimada 2017-2036	-654,04	

Fuente: Nota sobre la PEC nº 241/2016 – Conasems/Conass¹⁹.

Según la Nota Técnica, los gestores expresaron su preocupación, ya que congelar durante 20 años los recursos financieros federales para el SUS, que crece año tras año en función de las necesidades de la población, era ignorar la norma constitucional que establece el derecho a la salud garantizado a través de políticas económicas dirigidas a reducir el riesgo de enfermedad y otras dolencias y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.

Las medidas propuestas, una vez aplicadas, podrían conducir a una reducción de los recursos financieros por un total de R\$ 654,04 mil millones de reales en los 20 años previstos. Esto agravaría aún más la asfixia financiera por la que atraviesa el SUS, ya que el aumento de la desinversión, el desempleo y la propia caída de la renta obligarían a la población a recurrir aún más al SUS¹⁹. Además, era necesario tener en cuenta el crecimiento natural de la población, su mayor longevidad, así como el aumento de las enfermedades crónicas. Las manifestaciones surtieron efecto: la congelación propuesta por la EC nº 95/2016 para el presupuesto de salud solo comenzó en 2018, basada no en el valor del piso de 2016, sino en el valor del piso de 2017, ya bajo la égida de la EC nº 86/2015 (15% del RCL), lo que permitió aumentar el valor de la base de cálculo en más de R\$ 15 mil millones de reales.

En 2021, la EC nº 95/2016 fue modificada de nuevo por la EC nº 113, del 8 de diciembre de 2021²⁰. Las críticas a la inviabilidad del techo de gasto a medio y largo plazo demostraron su ineeficacia para controlar el crecimiento del gasto público. Estas modificaciones se consideraron una forma de relajar temporalmente el techo de gasto en respuesta a situaciones excepcionales, como el aumento del gasto social y el pago de deuda por orden judicial.

La EC nº 113/2021 introdujo importantes cambios en el techo de gasto, abriendo espacio fiscal en el presupuesto, especialmente con el objetivo de permitir el pago de prestaciones sociales y deuda judicial, así como establecer nuevas reglas para la gestión del gasto público. Uno de los principales cambios fue la modificación del cálculo del techo de gasto para el año 2022, teniendo en cuenta la inflación acumulada de enero a diciembre de 2021 en lugar del periodo de julio a junio, como preveía la norma original. La creación de un régimen especial para el pago de deudas judiciales, con posibilidad de fraccionamiento y negociación de la deuda, fue también una medida adoptada para aliviar la presión sobre el presupuesto y, por tanto, sobre el techo de gastos.

De esta forma, la EC nº 113/2021 permitió aumentar los recursos destinados a programas sociales, como el piso federal para el SUS. Así, la aplicación mínima del gestor federal del SUS pasó a ser el valor del mínimo del ejercicio inmediatamente anterior, ajustado por el IPCA de enero a junio y estimado de julio a diciembre del año de elaboración del presupuesto.

Cuadro 2.5. Estado del impacto de la EC nº 113/21 sobre el piso de la Unión para financiación del ASPS para 2022 - R\$ mil millones

	EC nº 95/2016	EC nº 113/2021
Mínimo ASPS Federal	134,48	139,62
Incremento Estimado		5,45

Fuente: elaboración propia con base en valores del PLOA 2022 SPO/SE/MS; Banco Central de Brasil; IBGE/ME.

Sin embargo, apenas un año después de la promulgación de la EC nº 113/2021, se promulgó la EC nº 126, del 21 de diciembre de 2022. Conocido como el “PEC de Transición”, definió, entre otras cosas, que la regla del techo de gasto federal, creada por la EC nº 95/2016, sería sustituida, hasta agosto de 2023, por un nuevo marco de reglas fiscales, mediante el envío de un PLC al Congreso Nacional²¹.

Además, la EC nº 126/2022 modificó la Constitución Federal con el objetivo de establecer nuevas directrices para las enmiendas individuales al Proyecto de Ley de Presupuesto (Ploa) y ajustar la ADCT para excluir ciertos gastos de los límites impuestos por el techo de gastos. Esta enmienda también definió reglas específicas aplicables al período de transición de la Presidencia de la República en la Ley de Presupuestos para 2023.

Entre los principales puntos, la EC nº 126/2022 excluyó del límite de gastos los gastos relacionados con proyectos socioambientales financiados por donaciones, así como los gastos de instituciones educativas y de innovación científica financiados con ingresos propios o provenientes de convenios. Además, la enmienda estableció un aumento de R\$ 145 mil millones de reales al límite de gastos para el ejercicio de 2023, lo que permitió aumentar la capacidad de inversión del gobierno en áreas estratégicas.

Otra directriz importante traída por el EC nº 126/2022 fue la determinación de enviar al Congreso, antes de agosto de 2023, un PCL que estableciera un Nuevo Régimen Fiscal sostenible. Este nuevo régimen buscaba sustituir la regla del techo de gastos establecida por el EC nº 95/2016 con vistas a garantizar la estabilidad macroeconómica del país y, al mismo tiempo, tendría el potencial de crear condiciones adecuadas para el crecimiento socioeconómico.

La regla del Techo de Gasto federal alteró los mínimos constitucionales destinados al ASPS y a las acciones de Mantenimiento y Desarrollo de la Educación (MDE). Antes

del Nuevo Régimen Fiscal introducido con la EC nº 95/2016, la Constitución Federal determinaba que la Unión debía gastar un mínimo del 18% de sus Ingresos Resultantes de Impuestos (siglas en portugués: *RRI*) en la Educación (artículo 212, CF) y del 15% de la RCL en la Salud (artículo 198, CF)¹¹. Con la derogación del techo de gasto federal introducida por la EC nº 95/2016, vuelven a estar en vigor los antiguos suelos para Salud y Educación (ya que los cambios introducidos por la EC nº 95/2016 se encontraban en la parte “transitoria” de la Constitución, la ADCT)²¹.

A pesar del cambio positivo que supuso la EC nº 126/2022, seguía siendo necesaria la regulación mediante LC, que se materializó en 2023, mediante la LC nº 200, del 30 de agosto de 2023¹⁴. La LC nº 200/2023 estableció el régimen fiscal sostenible y, en definitiva, derogó los artículos 106, 107, 109, 110, 111, 111-A, 112 y 114 del ADCT, que conformaban el “Nuevo Régimen Fiscal” establecido por la EC nº 95/2016.

Sin embargo, persistió el debate sobre el cumplimiento del suelo constitucional para el año 2023. Si bien la modificación del techo de gasto fue derogada con la aprobación del nuevo marco fiscal, con el consecuente retorno del piso federal en ASPS al nivel del 15% de la RCL de la Unión, comenzaron a circular en los medios manifestaciones contrarias al mantenimiento de las aplicaciones mínimas en salud y educación, por considerar que constituyen amenazas al cumplimiento de la nueva regla fiscal y a la financiación de otras políticas públicas²². Por otro lado, incluso con la redacción de la LC nº 86/2015, el Gobierno federal alegó que la Unión solo estaría bajo la égida de la LC nº 86/2015 a partir de 2024.

Además, en el contexto de la LC nº 201 del 24 de octubre de 2023, que trata de las compensaciones financieras debidas por el gobierno federal a los demás entes federales, el Congreso Nacional aprobó una disposición que modificó la forma de cálculo del piso federal del ASPS en 2023¹². El artículo 15 de esta ley determinó que, en 2023, el cálculo de la aplicación mínima del 15% del RCL se basaría en los ingresos estimados en la Ley Presupuestaria Anual (LOA), y no en los ingresos realizados durante el ejercicio, como se hacía tradicionalmente. En la LOA de 2023, el RCL estimado era de R\$ 1,14 billones, mientras que los ingresos realizados en los últimos 12 meses, hasta agosto de 2023, alcanzaron R\$ 1,21 billones.

Entretanto, el Informe del TCU que acompaña la opinión previa sobre las cuentas anuales de la Presidencia de la República para 2023 abordó el cambio de régimen fiscal. En él, señalaba que el Ministro de Hacienda formuló una consulta, registrada el 29 de septiembre de 2023, sobre la aplicabilidad de los límites mínimos de financiación de los gastos del MDE y de la ASPS. Estos límites se calcularon de acuerdo con la regla general

establecida por la EC nº 95/2016, que utilizaba como factor de corrección el IPCA, en función del gasto pagado en 2016. En línea con esta regla, la Ley nº 14.535/2023 (LOA 2023) aprobó la financiación del MDE y ASPS siguiendo las líneas de la EC nº 95/2016²³.

El informe también aclara, según la consulta, que “el carácter anual del ciclo presupuestario y del ejercicio impide que un cambio intermedio en el régimen fiscal provoque una reprogramación brusca de la financiación mínima del ASPS y del MDE”, concluyendo que “el ejercicio 2023 sigue sujeto al régimen fiscal vigente en el momento de la promulgación de la Ley de Presupuestos para 2023” y apunta al cumplimiento del suelo constitucional.

Sin embargo, incluso con el cumplimiento del suelo constitucional atestiguado por el TCU, los expertos apuntan una vez más a una reducción del suelo federal. Según Vieira et al.²², con base en el RCL realizado, la aplicación mínima en ASPS sería de R\$181,1 mil millones, frente a los R\$170,8 mil millones calculados con base en la estimación de la LOA, resultando en una diferencia de R\$10,3 mil millones.

Según Pinto et al.²⁴, la Unión debería priorizar la aplicación de los pisos en 2023, aunque ello requiera una reestructuración de emergencia del presupuesto. Queda mucho por hacer para mejorar la calidad de los pisos de salud y educación, pero negarles los recursos constitucionalmente obligados es la forma más abusiva de atraparlos en un círculo vicioso de precariedad fiscal, baja valoración social de los servicios públicos correspondientes, aumento de la demanda de sus contrapartes privadas y desvíos que impiden alcanzar los respectivos planes sectoriales²⁴.

Cabe destacar que la LC nº 200/2023 reafirmó la importancia de los pisos constitucionales de salud y educación como pilares del financiamiento público. Así, el debate en torno a la aplicación inmediata de los nuevos límites presupuestarios expone los desafíos del equilibrio fiscal frente a las demandas sociales, pero también demuestra que los derechos fundamentales, garantizados por la Constitución, no pueden flexibilizarse en nombre de la conveniencia administrativa.

2.3 APLICACIÓN DEL MÍNIMO CONSTITUCIONAL POR LOS ESTADOS Y MUNICIPIOS

Como se mencionó, la LC nº 141/2012 reglamentó el piso constitucional, estableciendo que los estados y el Distrito Federal deben destinar 12% y los municipios 15% de sus ingresos propios a la ASPS. De acuerdo con los datos (Gráfico 2.2) extraídos de la página del SIOPS de la Secretaría de Salud, se observa que las entidades subnacionales han incrementado progresivamente su gasto en salud, lo que se refleja en la aplicación de los porcentajes mínimos exigidos por el piso constitucional.

Tabla 2.2. Porcentaje de aplicación en ASPS en municipios por grupo de población.

% R. Propios en Salud-EC nº 29 por Franja Pop según Año Período: 2012-2023								
Año	Hasta 5.000 hab.	De 5.001 a 10.000 hab.	De 10.001 a 20.000 hab.	De 20.001 a 50.000 hab	De 50.001 a 100.000 hab	De 100.001 a 200.000 hab	De 200.001 a 400.000 hab	Más de 400.001
2012	19.64	20.75	21.1	21.43	21.91	22.05	22.77	20.99
2013	20.04	21.35	22.08	22.51	23.26	22.94	23.8	21.27
2014	20.77	22.16	22.98	23.37	24.09	24.28	25.01	21.83
2015	20.64	21.85	22.78	23.32	24.43	24.37	25.23	22.66
2016	20.22	21.61	22.54	22.87	24.62	24.84	25.48	24.48
2017	21.58	22.63	23.68	24.01	24.92	24.78	25.33	24.21
2018	20.39	21.63	22.39	22.78	23.91	23.69	24.73	22.55
2019	20.55	21.68	22.46	22.6	23.83	23.7	25.04	22.01
2020	21.56	22.59	23.52	23.61	24.41	24.43	25.47	23.22
2021	20.39	21.83	22.94	23.15	23.75	24.06	24.04	22.3
2022	20.67	22.32	23.17	23.69	24.03	24.28	24.83	23.02
2023	21.54	22.94	23.78	24.42	25.06	25.2	25.42	23.73

Fuente: SIOPS/MS, extraído el 07 de diciembre de 2024.

La tabla 2.2 muestra que entre 2012 y 2023, todos los grupos poblacionales de municipios aplicaron porcentajes promedio de recursos propios a salud por encima del piso constitucional del 15%. Los municipios más pequeños, de hasta 5.000 habitantes, experimentaron un aumento del 19,64% en 2012 al 21,54% en 2023. Los más grandes, con más de 400.001 habitantes, alcanzaron el 23,73% en 2023. Destaca el tramo de 200.001 a 400.000 habitantes, que presenta el mayor porcentaje en 2023, con un 25,42%. A pesar de fluctuaciones puntuales en algunos tramos, los datos confirman un cumplimiento constante del suelo constitucional por parte de todos los tramos de población a lo largo del periodo.

Para los estados, como se muestra en la Tabla 2.3, los porcentajes de aplicación del piso constitucional muestran que la mayoría de los estados brasileños se han mantenido en el cumplimiento del piso constitucional del 12%, con algunas fluctuaciones a lo largo de los años.

Tabla 2.3. Porcentual aplicación estatal en ASPS

3.2 % R. Propios en Salud-EC nº 29 por Año según UF Periodo: 2012-2023													
UF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Rondônia	12.13	14.28	13.52	14.53	12.89	14.69	13.01	13.02	13.76	13.25	14.23	15.66	
Acre	16.31	16.64	17.32	15.37	14.25	15.05	14.23	13.07	14.57	13.2	15.64	15.59	
Amazonas	21	22.87	22.21	20.78	22.32	17.81	19.44	16.34	20.62	18.57	20.01	19.3	
Roraima	14.16	17.31	12.23	16.03	16.58	18.37	18.21	16.33	12.1	17.06	19.87	17.73	
Pará	13.54	13.54	12.97	13.66	13.9	14.9	15.26	13.97	15.46	14.45	13.93	13.92	
Amapá	12.54	15.57	13.39	14.08	16.7	12.45	12.93	13.28	19.44	17.75	15.4	19.39	
Tocantins	18.48	20.68	21.47	19.17	17.95	18.03	16.46	16.79	15.6	16.51	17.4	18.2	
Maranhão	12.45	12.43	13.62	13.49	12.31	14.08	14.46	14.37	15.11	15.67	14.67	15.1	
Piauí	11.64	12.74	13.39	13.52	12.31	12.76	12.26	12.06	16.02	14.59	15.59	14.05	
Ceará	13.77	13.83	15.76	14.25	13.8	14.65	15.45	13.43	16.54	15.68	16.99	16.44	
Rio Grande do Norte	14.15	13.89	13.88	15.2	12.44	12.15	10.56	12.2	14.4	12.69	13.49	12.63	
Paraíba	13.45	13.44	13.69	13	12.51	13.66	12.27	12.22	12.4	12.7	12.97	14.45	
Pernambuco	15.74	14.96	16.58	16.23	15	16.35	15.35	14.98	16.58	17.21	18.82	17.6	
Alagoas	12.06	12.11	12.06	12.95	12.19	12.34	12.16	12.08	12.56	16.27	17.23	13.74	
Sergipe	12.77	12.93	12.72	12.4	12.15	12.14	12.32	12.28	12.59	14.5	16.56	15.84	
Bahia	12.19	12.02	12.94	12.45	12.26	13	12.05	12.97	13.26	13.31	14.75	15.32	
Minas Gerais	12.03	12.29	12.15	12.3	12.38	12.09	10.22	12.75	12.29	12.55	12.16	12.15	
Espírito Santo	13.24	15.95	18.53	18.99	18.12	18.75	18.96	17.57	16.9	14.51	15.66	17.19	
Rio de Janeiro	12.1	12.04	12.06	12.34	10.35	12.22	12.16	12.05	12.03	12.55	12.84	12.34	
São Paulo	12.43	12.43	12.46	12.5	13.19	13.24	13.37	13.32	13.97	12.73	12.85	12.71	
Paraná	9.94	11.22	12.29	12.03	12.08	12.07	12.17	12.21	12.96	12.27	12.4	12.29	
Santa Catarina	12.14	12.02	12.37	12.87	12.82	13	14.1	12.91	14.63	14.45	15.51	14.79	
Rio Grande do Sul	9.71	12.47	12.72	12.2	12.13	12.25	12.16	12.15	12.15	12.19	12.16	12.18	
Mato Grosso do Sul	12.06	12.5	12.11	16.67	16.39	18.05	14.17	14.04	14.39	14.31	13.59	12.31	
Mato Grosso	12.67	12.58	12.6	13.01	14.12	12.5	12.21	12.18	12.46	13.31	14.63	14.49	
Goiás	12.12	11.72	12.7	12.07	12.03	12.09	12.11	12.17	12.78	13.5	13.62	14	
TOTAL	13.26	14.02	14.14	14.31	13.97	14.18	13.77	13.49	14.45	14.45	15.11	14.98	

Fuente: SIOPS/MS, extraído el 07 de diciembre de 2024.

Estados como Rondônia, Acre, Amazonas, Pará y Pernambuco suelen tener porcentajes superiores al mínimo exigido, especialmente Amazonas, que alcanzó cifras superiores al 20% en varios años, entre ellos 2020 (20,62%) y 2022 (20,01%). Pernambuco también mantuvo porcentajes elevados, terminando 2023 con 17,6%. Estados como Alagoas, Sergipe y Goiás mostraron avances en el período, con aumentos en el porcentaje de aplicación, aunque enfrentaron algunas fluctuaciones en años específicos. Sergipe, por ejemplo, alcanzó el 15,84% en 2023, por encima del mínimo.

Entre los estados que no cumplieron el piso constitucional en algún momento están Minas Gerais, que no alcanzó el mínimo en 2018 (10,22%), Rio Grande do Sul, con porcentajes inferiores al 12% en 2012 (9,71%), y Paraná, que tuvo 9,94% en el mismo año. El estado de Goiás también tuvo años críticos, como 2013, cuando alcanzó apenas el 11,72%. Por otro lado, estados como Amazonas, Espírito Santo, Pernambuco y Ceará superaron constantemente el piso constitucional, destacándose Ama zonas, que alcanzó porcentajes superiores al 20% en varios años, como 2020 (20,62%) y 2022 (20,01%). Espírito Santo se destacó por tener los porcentajes más altos entre 2014 y 2018, alcanzando 18,96% en 2018, aunque mostró una caída gradual en los años siguientes, terminando en 2023 con 17,19%.

El crecimiento de las inversiones de recursos propios en salud muestra desigualdades entre municipios y entidades federativas. Los municipios más grandes, con mayor capacidad de ingresos, han tenido un crecimiento consistente, mientras que los más pequeños han enfrentado una mayor volatilidad debido a las limitaciones financieras. Aunque todos los municipios invierten más que el piso constitucional del 15%, las diferencias en la capacidad de inversión refuerzan la necesidad de políticas públicas que promuevan una distribución más equilibrada y equitativa de los recursos.

En los estados, aunque el piso constitucional del 12% se ha cumplido en gran medida, algunos han enfrentado dificultades para mantener la sostenibilidad de la financiación, especialmente en el norte y el sur, que han mostrado marcadas diferencias en los porcentajes de inversión. Estos retos ponen de manifiesto la urgencia de estrategias para reducir las desigualdades regionales y reforzar la financiación de la salud pública de forma sostenible y equitativa.

2.4 TRANSFERENCIAS FEDERALES Y FONDOS DE SALUD

Como ya se señaló, la Constitución Federal de 1988 redefinió profundamente el modelo de salud pública en Brasil al consolidar la salud como un derecho de todos y un deber del Estado. Esta directriz responsabilizó al poder público por la formulación y ejecución de políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de enfermedades

y otros problemas de salud, así como a promover, proteger y recuperar la salud. Además, las acciones y servicios de salud fueron calificados como de relevancia pública, sometiéndolos a la regulación, supervisión y control del Estado, aunque se permitió la ejecución indirecta por entidades privadas. En este contexto, se estableció el SUS, organizado de forma regionalizada y jerarquizada, basado en los principios de universalidad, descentralización político-administrativa, integralidad, gratuidad y participación comunitaria¹¹.

La efectividad de esos principios constitucionales exigió el establecimiento de mecanismos que viabilizaran el financiamiento descentralizado del SUS. Entre estos instrumentos, se destaca la creación de Fondos de Salud en cada esfera de gobierno, como unidades presupuestarias y de gestión esenciales para el manejo de los recursos vinculados al sector salud. La creación del Fondo Nacional de Salud (FNS), autorizada por el Decreto-Ley nº 701 de 1969 y reglamentada por el Decreto nº 64.867 del mismo año, fue precursora de la institucionalización de este modelo, que se consolidó posteriormente con la promulgación de la Constitución de 1988.

La transferencia de recursos financieros en la modalidad FAF surgió como mecanismo central para garantizar la descentralización administrativa y la autonomía de las entidades subnacionales dentro del SUS. Este sistema permite la transferencia directa de recursos del Gobierno Federal a los Fondos Estatales, Distritales y Municipales de Salud, buscando conferir celeridad, eficiencia y adherencia a las realidades locales, sin necesidad de formalizar convenios para financiar acciones en curso.

Desde el punto de vista de su naturaleza jurídica, los Fondos de Salud se caracterizan por ser fondos públicos especiales, creados por ley específica, en consonancia con las disposiciones de la Constitución Federal y de la Ley nº 4.320/1964. Estos fondos reúnen ingresos vinculados a la ejecución de objetivos específicos, y tienen reglas específicas para el manejo y la inversión de los recursos²⁵. El Manual de Contabilidad Aplicada al Sector Público (MCASP) establece directrices para el reconocimiento, contabilización y control de los ingresos y gastos relacionados con las transferencias del FAF, reforzando la obligación de vincular los recursos y rendir cuentas de forma transparente y oportuna²⁶.

Es importante destacar que, aunque estén inscritos en el Registro Nacional de Personas Jurídicas (CNPJ) como empresas matrices, los Fondos de Salud no tienen personalidad jurídica propia, lo que les impide realizar actos típicos de entidades autónomas, como firmar contratos o contraer obligaciones legales²⁶. Son administrados por las Secretarías de Salud, que actúan como unidad de gestión de los respectivos recursos, siendo responsables por la planificación, ejecución y contabilización de los gastos.

Para garantizar la transferencia regular de recursos, la legislación exige que los entes federales cumplan condiciones específicas, como la existencia formal de un Fondo de Salud, la instalación y funcionamiento de un Consejo de Salud con composición paritaria, la elaboración y aprobación de un Plan de Salud, así como la producción de Informes de Gestión^{27,28}. Estos requisitos buscan no solo garantizar la capacidad técnica y administrativa de las entidades, sino también incentivar el control social sobre el uso de los recursos públicos.

La definición de los montos transferidos al FAF observa criterios técnicos objetivos establecidos en el artículo 35 de la Ley nº 8.080/1990 y reforzados por la LC nº 141/2012, que incluyen el perfil demográfico y epidemiológico de la población, la capacidad instalada de la red de servicios de salud, el desempeño técnico, económico y financiero de la entidad en el período anterior, entre otros. Estos parámetros buscan garantizar una distribución equitativa de los recursos y la efectividad del principio de equidad, tan caro al SUS.

La primera orden bancaria emitida en la modalidad del FAF por el FNS fue apenas el 10 de marzo de 1998, cuando se transfirió legalmente el Piso Básico de Atención (PAB) a los municipios elegibles para este programa.

Figura 2.1. Estado de transferencia – Siafi – Pago – PAB



SIAFI98-DOCUMENTO-CONSULTA-CONOB (CONSULTA ORDEM BANCARIA)

12/04/22 16:08 USUARIO :

DATA EMISSAO : 10Mar98 TIPO DE OB : 13 NUMERO : 980B01590

UG/GESTAO EMITENTE: 257001 / 25901 - FUNDO NACIONAL DE SAUDE

BANCO : 001 AGENCIA : 0452 CONTA CORRENTE : 997380632

FAVORECIDO : 00000000/0452-92 - BANCO DO BRASIL SA

BANCO : 001 AGENCIA : 0452 CONTA CORRENTE : BANCO

NUMERO BANCARIO : 000607431-6 RE00097 PROCESSO :

INVERTE SALDO : NAO VALOR : 27.192.895,39

OBSERVACAO

PAGAMENTO DO PISO DE ATENCAO BASICA/ PAB, COMPETENCIA FEVEREIRO/98, A DIVERSAS PREFEITURAS MUNICIPAIS HABILITADAS.

EVENTO INSCRICAO 1	INSCRICAO 2	CLASSIF.1	CLASSIF.2	V A L O R
530355 980B01392	0177000000	418000000		27.192.895,39

LANCADO POR : UG : 257001 10Mar98 08:12

PF1=AJUDA PF3=SAI PF4=ESPELHO PF12=RETORNA

MA + a 01/001

Fuente: SIAFI

En lo que se refiere a las modalidades de transferencia, el sistema FAF se realiza de forma regular, con una periodicidad previamente establecida en actos normativos por el Ministerio de Salud, y de forma automática, sin necesidad de instrumentos formales de ajuste.

La comprensión de las modalidades de transferencia de recursos en el ámbito del SUS se basa en las diferentes normativas vigentes, que esbozan los conceptos operativos que se exponen a continuación.

La transferencia del FAF se refiere a la transferencia de recursos financieros del FNS a los Fondos de Salud de los estados, Distrito Federal y municipios, destinados a financiar inversiones en la red de servicios, cobertura de atención ambulatoria y hospitalaria y otras acciones y servicios de salud. Este mecanismo se rige por la Ley nº 8.142/1990, art. 2º, párrafo único²⁸. Cabe destacar que, en el escenario intergubernamental, también es posible realizar transferencias de los Fondos Estatales de Salud a los Fondos Municipales, también con recursos propios.

La transferencia regular del FAF se caracteriza por transferencias periódicas y continuas del FNS a los Fondos Estatales, Distritales y Municipales de Salud, de acuerdo con intervalos previamente definidos. También se realizan transferencias de los Fondos Estatales a los Fondos Municipales con recursos propios, respetando la autonomía de los entes federativos.

La transferencia automática del FAF, a su vez, consiste en la transferencia de recursos del FNS a los Fondos de Salud de los estados, del Distrito Federal y de los municipios, independientemente de la necesidad de firmar convenios o instrumentos similares. Del mismo modo, esta práctica también ocurre de los fondos de los estados a los fondos de los municipios, utilizando sus propios ingresos.

A partir de esta conceptualización, se observa que la transferencia regular y automática del FAF se traduce en transferencias financieras periódicas y continuas entre los fondos de salud, sin necesidad de formalizar convenios o instrumentos similares, garantizando así una mayor agilidad y eficacia en la ejecución del ASPS en el ámbito del SUS.

Las transferencias realizadas por la Unión a las entidades subnacionales pueden clasificarse en constitucionales, legales y voluntarias. Las transferencias constitucionales derivan de la distribución de los ingresos tributarios previstos en la Constitución Federal; las legales son instituidas por leyes ordinarias o complementarias; y las voluntarias se realizan por medio de convenios o contratos de transferencia, reglamentados por el Decreto nº 11.531/2023, e involucran la ejecución de proyectos de interés común entre los entes federados.

De acuerdo con lo dispuesto en el Decreto nº 11.531, del 16 de mayo de 202329, las transferencias voluntarias de fondos del Gobierno Federal a otros entes subnacionales podrán realizarse utilizando los siguientes instrumentos:

- I. Convenio, que es el instrumento jurídico que, en ausencia de legislación específica, regula la transferencia de recursos financieros de los Presupuestos Fiscal y de Seguridad Social de la Unión, destinados a la ejecución de programas, proyectos y actividades de interés recíproco, en régimen de colaboración mutua entre los participantes.
- II. Por otro lado, los contratos de subpréstamo también tienen carácter de colaboración, por lo que la transferencia de recursos financieros se realiza a través de una institución financiera federal oficial o agente financiero mandatado por la Unión, que es responsable de la ejecución operativa del acuerdo.

El marco normativo consolidado por la LC nº 141/2012 reforzó la obligación de ejecutar el ASPS exclusivamente a través de los respectivos Fondos de Salud y prohibió la imposición de restricciones que comprometan la prestación de los recursos sanitarios, salvo la exigencia de requisitos mínimos de gestión, como la existencia de un fondo, un consejo de salud y un plan de salud. Además, esta legislación determinó que los fondos transferidos por la Unión deben ser depositados en cuentas específicas abiertas en instituciones financieras federales oficiales, garantizando la rastreabilidad y la transparencia en el uso de los fondos.

Es importante destacar que la gestión de los recursos es responsabilidad de los gestores locales de salud y que el Fondo de Salud no está exento del control de los Tribunales de Cuentas y de la fiscalización del Poder Legislativo, garantizando el cumplimiento de los principios constitucionales de la administración pública. El comando único previsto en el artículo 198 de la Constitución y en el artículo 9º de la Ley nº 8.080/1990 se refiere a la unidad de gestión técnica, administrativa y financiera dentro del SUS y no excluye la sujeción a mecanismos de fiscalización y control²⁷.

Así, la estructuración y el funcionamiento adecuados de los Fondos de Salud son elementos esenciales para garantizar la eficacia de la financiación descentralizada, la transparencia en la gestión de los recursos públicos y, en última instancia, la promoción del derecho fundamental a la salud de toda la población brasileña.

Como se muestra a continuación, la diferencia entre las transferencias del FAF y las transferencias por medio de convenios es clara.

Cuadro 2.6. Modalidades de transferencia utilizadas para transferencias federales

Tranferencias por:		
	Fondo a Fondo	Convenio
Base Legal:	Ley complementaria nº 141/2012	Decreto nº 11.531/2023;
Favorecidos:	Fondos de Salud de los Entes Subnacionales;	Fondos de Salud de los Entes Subnacionales; Entidades privadas sin fines lucrativos;
Condiciones:	Fondo de Salud y Consejo de Salud instituido y en financiación; Elaboración del Seguro de Salud;	Estar habilitado de acuerdo con normas vigentes. Véase Cartilla para Presentación de Propuestas al MS 2004 – https://portalfns.saude.gov.br
Características:	Acciones continuadas;	Proyectos específicos;
Comprobación del gasto:	RREO – Informe Resumido de Ejecución Presupuestaria cuatrimestral, RAG – Informe Anual de Gestión;	PC – Rendición de Cuentas y RAG;
Instrumentos Utilizados:	Plan de Salud (plurianual); PAS – Programación Anual de Salud;	Plan de Trabajo/Plan de Aplicación,
Plazo de envío comprobaciones:	RREO – en mayo, septiembre y febrero de cada ejercicio; RAG – hasta 30 de marzo del año siguiente al de la ejecución financiera;	De acuerdo con normas específicas de acuerdo con el monto de recursos públicos involucrados; Es fijada en el instrumento de transferencia;
Aprobación de los Informes:	Consejo de Salud del Ente Subnacional, Casa Legislativa del Ente Subnacional	Ministerio de Salud

Fuente: elaboración propia.

La siguiente cronología es importante para entender las transferencias del FAF:

Cuadro 2.7. Marco normativo de las transferencias fondo a fondo

Año	Marco Regulatorio y Hechos importantes para las transferencias en la modalidad Fondo a Fondo
1964	Ley nº 4.320 - Establece normas generales de derecho financiero para la elaboración y el control de los presupuestos y balances de la Unión, los Estados, los Municipios y el Distrito Federal
1969	Decreto-Ley nº 701 y Decreto nº 64.867 - Crea el Fondo Nacional de Salud;
1988	Se promulga la Constitución de la República Federativa de Brasil;
1990	<p>Ley nº 8.080 - Establece las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes y dicta otras disposiciones;</p> <p>Ley nº 8. 142 - Dispone sobre la participación de la comunidad en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de la salud, y dicta otras disposiciones;</p>
1992	Decreto nº 1.232 - Dispone sobre las condiciones y la forma de transferencia regular y automática de recursos del Fondo Nacional de Salud a los fondos de salud estatales, municipales y del Distrito Federal, y dicta otras disposiciones;
1995	Decreto nº 1.651 - Reglamenta el Sistema Nacional de Auditoría en el ámbito del Sistema Único de Salud;
1998	El Fondo Nacional de Salud emitió la primera orden bancaria fondo a fondo para pagar el Piso Básico de Atención (PAB) a los municipios autorizados;
2000	Enmienda Constitucional 29 - Enmienda los arts. 34, 35, 156, 160, 167 y 198 de la Constitución Federal y añade un artículo a la Ley de Disposiciones Constitucionales Transitorias, para garantizar recursos mínimos para la financiación de acciones y servicios públicos de salud;
2007	Ordenanza GM/MS nº 204 - Reglamenta la financiación y transferencia de recursos federales para acciones y servicios de salud, bajo la forma de bloques de financiación, con el respectivo seguimiento y control.
2012	Ley Complementaria nº 141, de 2012 - Reglamenta el § 3º del art. 198 de la Constitución Federal para prever los valores mínimos a ser invertidos anualmente por la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios en acciones y servicios públicos de salud; establece los criterios de distribución de los recursos provenientes de transferencias para la salud y las reglas de seguimiento, evaluación y control de los gastos en salud en las 3 (tres) esferas de gobierno; deroga disposiciones de las Leyes nº 8.080, del 19 de septiembre de 1990, y nº 8.689, del 27 de julio de 1993; y establece otras disposiciones.
2017	Ordenanza GM/MS nº 3.992 - Modifica la Ordenanza de Consolidación nº 6/GM/MS, del 28 de septiembre de 2017, para prever la financiación y la transferencia de recursos federales para acciones y servicios de salud pública del Sistema Único de Salud.
2022	Instrucción Normativa de la Secretaría de Ingresos Públicos de Brasil (<i>Receita Federal do Brasil</i>) nº 2.119 - Prevé el Registro Nacional de Personas Jurídicas (CNPJ).
2024	Documento tripartito firmado por el Ministerio de Salud, Conass y Conasems que refuerza la gobernanza en la distribución de los recursos y fortalece la Comisión Tripartita de Gestión (CIT) como órgano regulador de las transferencias. (https://acrobot.adobe.com/id/urn:aaid:sc:VA6C2:f459292d-d25a-4d25-bd87-1dc327824962).

Fuente: elaboración propia

El estricto cumplimiento de los instrumentos de planificación del SUS es esencial para la correcta ejecución de los fondos transferidos bajo la modalidad FAF. Estos instrumentos deben ser utilizados adecuadamente, orientando la asignación y ejecución de los gastos e ingresos públicos de acuerdo con la política de salud definida en los respectivos planes y con todas las normas aplicables a la materia. El cumplimiento de este marco garantiza la integración entre la planificación, la presupuestación y la ejecución financiera, fortaleciendo la transparencia y la eficacia de la gestión sanitaria.

En septiembre de 2024, se firmó un importante documento entre el Ministerio de Salud, el Conass y el Conasems, en el que se detallan aspectos estratégicos para la gestión de recursos dentro del SUS. Este documento refuerza la necesidad de una sólida gobernanza tripartita, basada en el compromiso con la transparencia y la responsabilidad compartida en la aplicación de los recursos públicos.

Entre los puntos destacados está el papel fundamental de la Comisión Intergesadora Tripartita (CIT) como órgano para acordar y regular los criterios de distribución de los recursos sanitarios federales, de acuerdo con lo dispuesto en la LC nº 141/2012 y las directrices establecidas en el Fallo nº 2.888/2015 del TCU. El fallo propone la integración de incentivos financieros, con el objetivo de simplificar las transferencias y reducir la carga regulatoria que actualmente recae sobre los entes federales.

La Ordenanza GM/MS nº 3.992/2017 es reconocida como un hito en el proceso de simplificación de la financiación del SUS, al consolidar los recursos en solo dos bloques -costeo e inversión-, dando mayor flexibilidad financiera a los gestores locales. Esta estructura busca compatibilizar la ejecución financiera con los Planes de Salud, los Programas Anuales de Salud (PAS) y las respectivas LOA, fortaleciendo el vínculo entre los recursos y la planificación territorial³⁰.

También en este contexto, el documento firmado en 2024 enfatiza la necesidad de una integración efectiva entre las enmiendas parlamentarias, el Plan de Salud y la PAS de las entidades federativas, garantizando que las aportaciones financieras extraordinarias estén alineadas con las prioridades locales y las necesidades de salud de la población. También destaca la importancia de una gobernanza colaborativa y estratégica, que promueva no solo la eficiencia en la gestión de los recursos, sino también una mayor transparencia y control social, elementos esenciales para la construcción de una administración pública democrática y con capacidad de respuesta.

También es necesario enfocarse en la mejora continua de los mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de la ejecución de los recursos transferidos bajo la modalidad FAF. La transparencia frente a la sociedad y a los órganos de control es condición indispensable

para consolidar definitivamente este modelo de financiación, superando los equívocos que aún confunden transferencias regulares y automáticas con convenios.

Por todo lo expuesto, los Fondos de Salud son instrumentos estratégicos para la gestión de los recursos destinados a la financiación de las ASPS en todos los niveles de gobierno. Su importancia trasciende la dimensión meramente operativa, ya que los fondos también desempeñan un papel central en la planificación sectorial al permitir a los gestores tener una visión integrada y precisa de los recursos disponibles, los gastos realizados y los ingresos obtenidos, incluidos los procedentes de inversiones financieras. Al mismo tiempo, los Fondos de Salud refuerzan el control y la rendición de cuentas de la gestión de la salud pública, pilares esenciales para la efectividad del derecho fundamental a la salud en Brasil.

2.5 SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE PRESUPUESTOS DE SALUD PÚBLICA

El SIOPS es un sistema informático desarrollado por el Ministerio de Salud con el objetivo de recoger, consolidar y poner a disposición los datos contables de ingresos y gastos en ASPS de los tres ámbitos de gobierno. Su principal objetivo es garantizar la transparencia y el cumplimiento de las normas legales que determinan la aplicación mínima de los recursos a la salud, según lo establecido por la LC nº 141/2012¹³. El sistema es una importante herramienta de transparencia que busca garantizar el buen uso de los recursos públicos en el área de salud. A través de él, es posible monitorear la ejecución presupuestaria de estados y municipios, identificando posibles irregularidades y oportunidades de mejora en la gestión de los recursos. El SIOPS contribuye al fortalecimiento de la planificación y evaluación de las políticas públicas de salud, permitiendo una mayor eficacia y eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Como tal, es la base de datos utilizada en este estudio, que realiza un análisis detallado de los impactos fiscales y operacionales del gasto en ASPS en Brasil.

Cronología de las SIOPS³¹:

- Hasta 1990 - ausencia de mecanismos de seguimiento, control y transparencia o de información consolidada sobre los recursos invertidos en el SUS.
- 1994 - La Fiscalía General de la República (siglas en portugués: *PGR*) lanzó dos Investigaciones Civiles Públicas (nº 001/94 y nº 002/94) para desarrollar un sistema de consolidación de datos e informaciones sobre gastos en salud pública en el SUS.
- 1996 - El proceso ganó impulso en la 10^a Conferencia Nacional de Salud, con una asociación entre el Consejo Nacional de Salud, DataSUS y el Ministerio Público.

- 1999 - La Ordenanza Interministerial nº 529, del 30 de abril de 1999, puede considerarse el hito legal para la creación del SIOPS. Equipos conjuntos del Ministerio de Salud y de la PGR inician el proyecto de implantación del SIOPS, que incluye el estudio de las normas de presupuestación del sector sanitario en las cuentas públicas.
- 2000 - La EC nº 29/2000 determina porcentajes mínimos de inversión en ASPS para las tres esferas de gestión del SUS, destacando la necesidad de un sistema de datos e información.
- 2003 - La Resolución nº 322/2003 presenta nuevas directrices para la aplicación de la EC nº 29/2000, incluyendo la definición de la base de cálculo de los recursos mínimos a invertir en ASPS y la urgencia de instrumentos de seguimiento, supervisión y control de los datos comunicados.
- 2004 - La Ordenanza Conjunta nº 446/2004 estableció los órganos de control del sistema, como la Cámara de Orientación Técnica y Evaluación y el Centro Estadual de Apoyo al SIOPS, fortaleciendo aún más la gobernanza sobre los recursos de la salud pública en Brasil.
- 2008 - A partir de la Ordenanza Interministerial nº 127/2008, el SIOPS pasó a ser verificado por el Registro Único de Convenios (siglas en portugués: *Cauc*), servicio auxiliar de información de transferencias voluntarias de la Secretaría del Tesoro Nacional, en lo que se refiere al cumplimiento de los límites mínimos de aplicación de recursos a la salud.
- 2012 – LC nº 141/2012, complementada por el Decreto nº 7.827/2012, estableció la obligatoriedad del suministro de SIOPS.
- 2013 - La Ordenanza nº 53/2013 del Ministerio de Salud estableció directrices actualizadas para el funcionamiento del sistema.
- 2017 - La Ordenanza de Consolidación nº 1 del Ministerio de Salud incorporó la Ordenanza nº 53/2013 y comenzó a regular las normas vigentes del SIOPS.

El sistema tiene como objetivo cumplir una amplia gama de propósitos, entre ellos centralizar los registros financieros relacionados con la salud pública, proporcionar insumos para la planificación y formulación de políticas públicas, y promover la transparencia a través del acceso público a la información. SIOPS también desempeña un papel crucial en la estandarización de la información contable entre entidades federativas, permitiendo una visión consolidada del gasto público en salud y la elaboración de diagnósticos detallados del sector. Asimismo, presenta

indicadores financieros que permiten a la población conocer los montos gastados en salud por cada UF.

La interoperabilidad es otro elemento fundamental de SIOPS. El sistema está integrado con plataformas como Cauc y DigiSUS Gestor, lo que permite el intercambio de información financiera y administrativa entre diferentes bases de datos. Esta integración busca fortalecer la planificación y ejecución de políticas públicas, facilitando la fiscalización por parte de los órganos de control.

La certificación digital es un requisito obligatorio para el funcionamiento del SIOPS, garantizando la seguridad y autenticidad de la información transmitida. Esta medida asegura que solo los usuarios autorizados, como los gestores sanitarios, puedan aprobar los datos en el sistema. La falta de homologación o el incumplimiento del porcentaje mínimo de aplicación en el SIOPS conlleva sanciones como la suspensión de las transferencias constitucionales y voluntarias, lo que refuerza la necesidad del cumplimiento estricto de las normas.

Si bien el SIOPS es una herramienta indispensable para la gestión presupuestaria de los recursos que financian el SUS, el sistema aún enfrenta desafíos que deben superarse para lograr mayor eficiencia, confiabilidad y uso estratégico. Las mejoras en la capacitación técnica, la integración con otros sistemas y la simplificación de los procesos podrían ayudar a mitigar estas limitaciones y fortalecer aún más el papel del SIOPS en la gestión del SUS. A pesar de su relevancia como herramienta de seguimiento y transparencia, este sistema se enfrenta a algunas limitaciones que pueden afectar a su rendimiento.

En el contexto de este estudio, se observaron algunas limitaciones tanto en la extracción de datos como en el funcionamiento del sistema. Estas observaciones surgen del análisis de los datos para esta publicación, teniendo en cuenta los aspectos técnicos, operativos y normativos que dificultan la consolidación completa y precisa de los datos relacionados con los presupuestos de salud pública.

Una de las principales limitaciones observadas fue la falta de crítica en el proceso de declaración de los datos contables; como el sistema es de naturaleza declarativa, su calidad y fiabilidad están directamente relacionadas con la exactitud de los datos introducidos. Discrepancias en la clasificación contable, errores en la cumplimentación de los datos o retrasos en la homologación pueden comprometer la fiabilidad de la información, dificultando la realización de análisis coherentes y fiables. A pesar de que el sistema aplica sanciones en los casos de no homologación, como la suspensión de las transferencias constitucionales y voluntarias, aún se encontraron inconsistencias en los datos de algunas entidades subnacionales. Otro punto crítico es la complejidad técnica asociada

a la cumplimentación y transmisión de los datos. El sistema requiere un conocimiento detallado de las normas contables y financieras, lo que puede crear dificultades a los gestores, especialmente en los municipios con menor capacidad técnica.

Además, el SIOPS enfrenta a limitaciones relacionadas con el seguimiento de ingresos y gastos específicos. Aunque es eficaz a la hora de consolidar los datos generales del presupuesto sanitario, existen dificultades para captar todas las fuentes de fondos o los detalles de algunas aplicaciones financieras. Esto puede deberse a una clasificación incorrecta de los gastos o a la falta de normalización entre entidades federales. Otra limitación es la escasa utilización del sistema como herramienta de planificación estratégica. A pesar de que el SIOPS proporciona insumos valiosos para la formulación de políticas públicas, la mayoría de los gestores aún la utiliza principalmente para cumplir obligaciones legales, como la comprobación del gasto mínimo en salud, en lugar de explotar su potencial analítico para planificar y gestionar los recursos de manera más eficiente.

No cabe duda de que el SIOPS es una herramienta esencial para la gestión de la financiación de la salud pública en Brasil. No solo cumple una función reguladora al garantizar la aplicación de los recursos mínimos de salud, sino que también promueve la transparencia, el control social y la eficiencia administrativa.

LAS CUENTAS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTADOS

3

Este capítulo presenta el diagnóstico de los ingresos y gastos de la ASPS por estados y Distrito Federal. Este análisis representa el último eslabón de una cadena de actividades que incluyó varias reuniones con el personal técnico del SIOPS, visitas a dos SES (Rio Grande do Norte y Rio Grande do Sul) y la aplicación de un cuestionario en línea a los gestores estatales de salud.

La principal contribución de este proyecto es el análisis detallado de la integración de las perspectivas funcional y de grupos de gasto, implementada por el SIOPS a partir de 2018, así como proporcionar una visión general de la situación regional con respecto a la financiación de las APS. En nuestra opinión, este proyecto es un primer paso para dotar al SES de una visión más profunda de la asignación de recursos. Cabe mencionar que el diagnóstico central fue validado por los gestores consultados. También realizamos una encuesta en línea, en la que participaron 23 Secretarías de Salud, con el objetivo de conocer mejor cómo los estados alimentan y utilizan los datos puestos a disposición del SIOPS. Nuestro objetivo es ampliar el debate sobre los cuellos de botella existentes en la aplicación y ejecución de los recursos dedicados a la ASPS a nivel estatal.

El diagnóstico del gasto en ASPS se basó en los datos de ingresos y gastos, analizando detalladamente la asignación de recursos según la subfunción, la fuente de ingresos, la interacción entre ambas esferas y el gasto por categoría económica. El examen crítico de las cuentas SIOPS, necesario para certificar la conformidad de la información puesta a disposición por el sistema, nos planteó los retos señalados en el capítulo 2. En cuanto a las cuentas estatales, decidimos presentar la mayor parte de la información agregada según la región y el tamaño de la población de la UF.

Este capítulo consta de tres secciones. La primera centra el análisis en los ingresos de que disponen los estados para prestar los servicios de salud de los que son responsables. La segunda expone el perfil del gasto en ASPS por subfunción, fuente de ingresos, interacción entre ambas esferas y por categoría económica. La tercera sección resume

el análisis y formula recomendaciones específicas para impulsar la gestión financiera de los presupuestos sanitarios de los Estados. Finalizamos el capítulo presentando los resultados del sondeo realizado con las Secretarías de Salud a finales de 2023.

3.1 INGRESOS DE LOS ESTADOS

Para analizar el gasto en ASPS, es necesario evaluar los ingresos disponibles que tiene cada estado para llevar a cabo este gasto. Debido a la diversidad económica y social del territorio nacional, nos encontramos con diferentes niveles de generación de ingresos propios. Dado que las diferentes capacidades fiscales repercuten tanto en la oferta de servicios de salud como en el potencial de inversión con recursos propios, este análisis es crucial si queremos tener en cuenta las limitaciones de las opciones de asignación de recursos.

Analizamos los ingresos contabilizados en los presupuestos de salud pública de los estados. Los datos de SIOPS proporcionan información sobre cuatro fases de ingresos. Además de los ingresos presupuestados inicialmente, el sistema proporciona los ingresos realizados en tres fases: Bruta; Neta y la referida a la base de cálculo del porcentaje de aplicación en ASPS. En este estudio se han utilizado los **Ingresos Netos Realizados**, centrándose en dos agregados:

- I. Ingresos Tributarios
- II. Transferencias

Terminamos respondiendo a la pregunta “¿Cuál es el valor de los recursos totales disponibles para la salud en los estados?”.

3.1.1 CAPACIDAD FISCAL

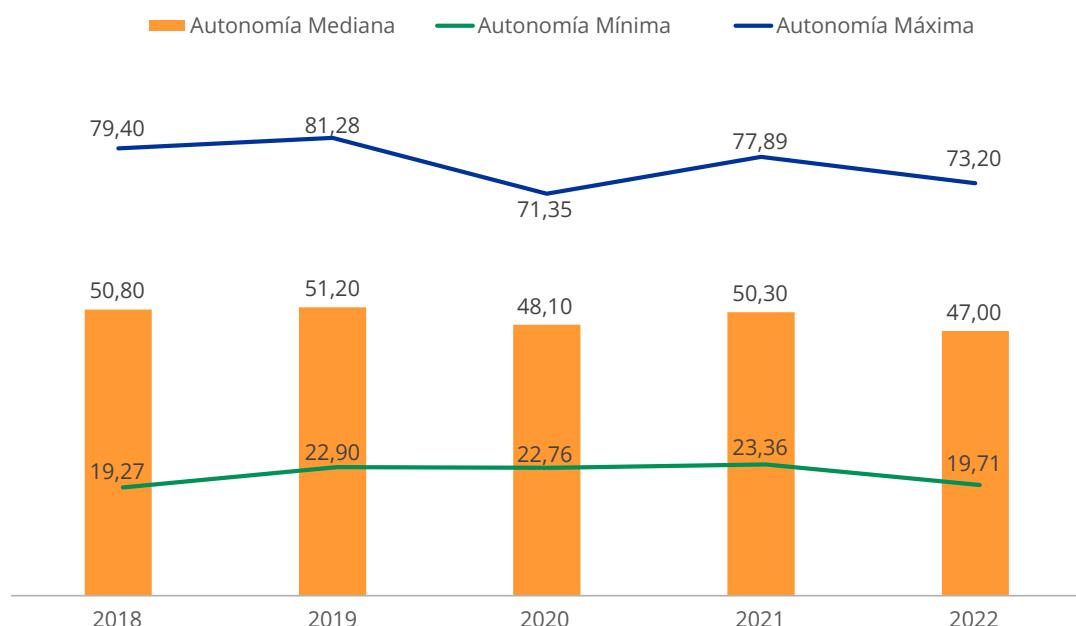
En el contexto de la reducción de la participación del gobierno federal en los gastos de salud, la autonomía en la obtención de recursos adquiere una importancia fundamental para el mantenimiento de los servicios del sistema en cada una de las UF. El cálculo de la capacidad fiscal se refiere a la proporción de los ingresos tributarios (impuestos, tasas y contribuciones) en el total de los ingresos corrientes. En general, el Gráfico 3.1 muestra que durante el período de 2018 a 2022, la autonomía fiscal de los estados brasileños se mantuvo relativamente estable en torno al 49,5%.

Esto significa que por cada 10 reales de ingresos, aproximadamente 5 reales provenían de impuestos propios. En este contexto, consideramos el FPE como una transfe-

rencia, ya que su recaudación está fuera de la gestión directa de la UF^{II}. El Gráfico 3.1 muestra que la capacidad fiscal de los estados no solo fue mayor en 2018, sino también más estable hasta 2019. A partir de 2020, la autonomía media se vuelve más volátil.

Se sabe que la ocurrencia de la pandemia del COVID-19 en 2020 fue una especificidad importante que afectó la dinámica de los recursos del SUS. Inicialmente, este evento redujo la autonomía de las UF en 2020 debido a una caída de 2,61 puntos porcentuales (pp) en la recaudación tributaria media en comparación con 2019 y, consecuentemente, un aumento relativo del peso de las transferencias de la Unión.

Gráfico 3.1. Autonomía media de los estados brasileños (%)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS

A pesar de que la caída de los ingresos tributarios reales en 2020 fue prácticamente generalizada, se observa que nueve estados (concentrados en las regiones Norte y Centro-Oeste) mostraron un aumento de este recurso. Por otro lado, en 2021, los ingresos reales por impuestos, tasas y contribuciones crecieron una media de 13,4 pp respecto al año anterior. Este aumento de los ingresos fiscales en 2021 se observó en todos los estados sin excepción.

II El FPE es una transferencia federal a los estados y al Distrito Federal, cuyo objetivo es equalizar la capacidad fiscal de las UF. Transfiere a los estados el 21,5% de la recaudación de Impuesto de Renta e IPI.

Además de la autonomía mediana, el Gráfico 3.1 muestra la autonomía mínima y máxima para cada año. Existe una gran desigualdad en la capacidad de generar ingresos propios entre los estados. La Tabla 3.1 muestra los límites inferior y superior del grado medio de autonomía de cada región para el periodo de 2018 a 2022. Puede observarse que los límites superiores de autonomía en el Norte y el Nordeste (48% y 52,8% respectivamente) están por debajo del límite inferior de autonomía observado en las demás regiones. Como era de esperar, el estado de São Paulo tiene la mayor proporción de ingresos fiscales en relación con los ingresos corrientes, y ningún otro estado supera el umbral de autonomía del 70%. Entre los demás estados, 13 tienen un grado de autonomía inferior al 50% (regiones Norte y Nordeste), y los otros 13 se distribuyen en la franja del 50,2% al 69,9% (regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste).

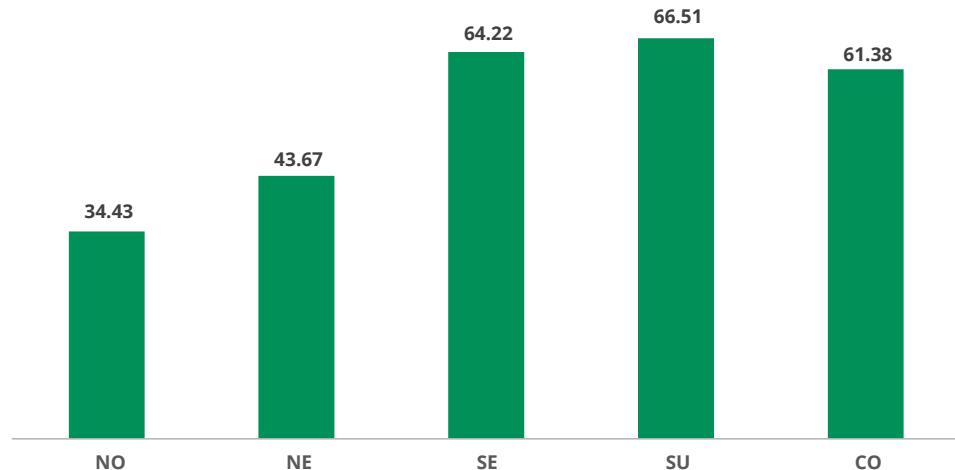
Tabla 3.1. Relación de los niveles de autonomía mínimo y máximo según la región

Región	Autonomía media 2018-2022		Estado	Diferencia Max-Min	Desigualdad Intrarregional
Norte	Menor	22,9	Amapá	25,1 pp	1º
	Mayor	48,0	Pará		
Nordeste	Menor	35,7	Sergipe	17,0 pp	3º
	Mayor	52,8	Bahia		
Sureste	Menor	56,2	Rio de Janeiro	20,4 pp	2º
	Mayor	76,6	São Paulo		
Sur	Menor	61,1	Paraná	8,8 pp	5º
	Mayor	69,9	Santa Catarina		
Centro-Oeste	Menor	55,6	Mato Grosso	13,4 pp	4º
	Mayor	68,9	Goiás		

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 3.2 muestra el nivel medio de autonomía fiscal de cada región. Hay una clara división *versus* por encima y por debajo del 50%, lo que muestra la susceptibilidad de las regiones Norte y Noreste a sus propios ingresos y, en consecuencia, una mayor dependencia de las transferencias federales.

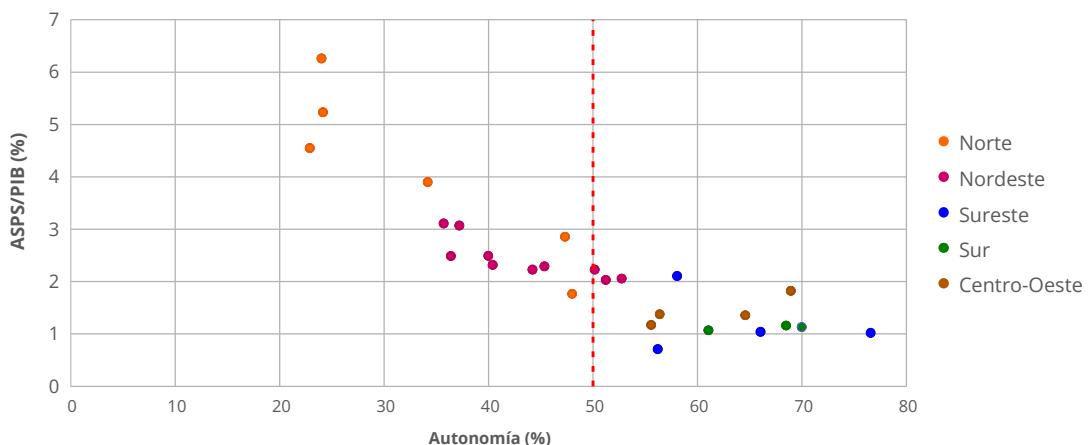
Gráfico 3.2. Autonomía de las regiones geográficas (%). Media 2018-2022



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Además de la diferencia entre regiones, también existe una desigualdad no desdenable dentro de cada región. El gráfico 3.3 contrasta la proporción del gasto en ASPS en relación con el PIB de cada estado con su grado de autonomía. Todos los estados del Norte están por debajo del 50% y tienen un gasto en ASPS en relación con el PIB más elevado que la mayoría de los demás estados. En el caso del Nordeste, solo los estados de Ceará, Pernambuco y Bahía son capaces de generar al menos el 50% de los ingresos corrientes a través de su propia fiscalidad.

Gráfico 3.3. Autonomía de las regiones geográficas (%). Promedio 2018-2022

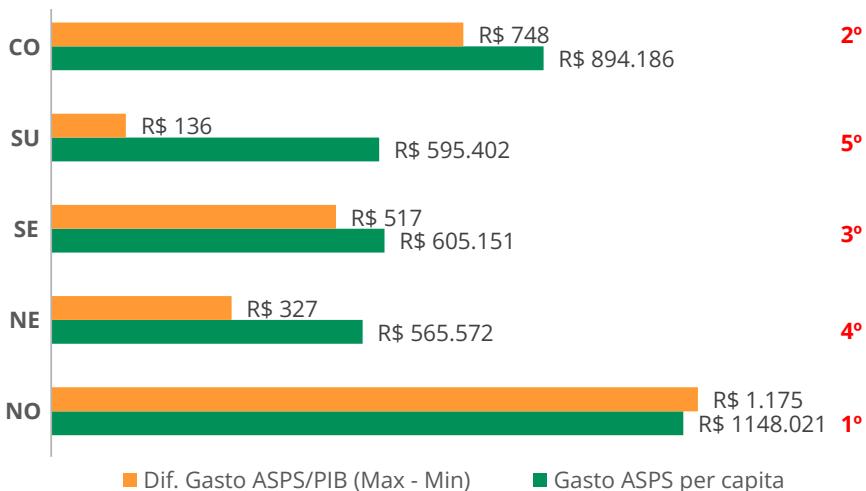


Fuente: SIOPS y Finbra.

Al mismo tiempo que se clasifica según el grado de autonomía, se observa que la mayor desigualdad entre los estados en términos de grado de autonomía, así como en términos de la relación ASPS/PIB, se da en el Norte. En cada extremo, tenemos Acre (con el menor grado de autonomía^{III} y el mayor ASPS/PIB) y Pará (con el mayor grado de autonomía y el menor ASPS/PIB). El Sudeste es la región con el segundo mayor nivel de desigualdad interna en términos de autonomía, ya que la elevada capacidad fiscal del estado de São Paulo aumenta la discrepancia entre las UF de la región. El Sur es la región con mayor igualdad, con una diferencia de apenas 8,8 pp entre el menor y el mayor nivel de autonomía.

Dado que la autonomía en los ingresos garantiza más mecanismos para mantener el gasto sanitario, las regiones más desiguales en este aspecto muestran una mayor discrepancia en el gasto per cápita en ASPS. Esta visión se confirma en el Gráfico 3.4, en el que la mayor y menor desigualdad en el grado de autonomía (regiones Norte y Sur respectivamente) explican precisamente la mayor y menor diferencia en el gasto medio en ASPS per cápita para el periodo 2018-2022.

Gráfico 3.4. Gasto real en ASPS per cápita (R\$). Promedio 2018-2022

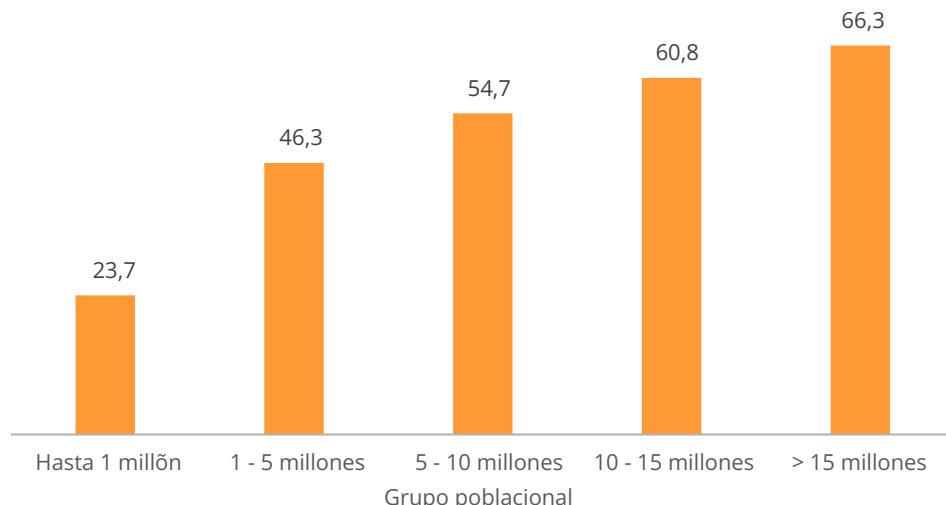


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Dado que la autonomía depende de la capacidad del Estado para recaudar ingresos fiscales, es natural que los Estados más poblados – y, en consecuencia, más dinámicos (económicamente) – sean más independientes a la hora de generar sus propios ingresos. El gráfico 3.5 muestra exactamente esta relación: el grado de autonomía aumenta con el tamaño (poblacional) del estado.

III Los tres estados con menor nivel de autonomía de la región Norte son: Amapá (el 22,9%); Acre (el 24% y Roraima (el 22,2%).

Gráfico 3.5. Autonomía media de los estados brasileños por grupo de población (%)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La Tabla 3.2 muestra la distribución de los estados por tamaño poblacional. Se puede observar que el bajo grado de autonomía en los estados con hasta 1 millón de habitantes se concentra en la región Norte^{IV}, mientras que el extremo opuesto se refiere a los tres estados más poblados de la región Sudeste^V.

Tabla 3.2. Distribución de las UF por región, según el tamaño poblacional

Región	Millones de personas en la UF				
	até 1	1 - 5	5 - 10	10 - 15	> 15
Norte	3	3	1		
Nordeste		5	3	1	
Sureste		1			3
Sur			1	2	
Centro-Oeste		3	1		
Total de UF	3	12	6	3	3

Fonte: elaboração própria com base no IBGE

IV Acre, Roraima y Amapá.

V Minas Gerais, São Paulo y Rio de Janeiro.

Esta diferencia intrínseca en la capacidad de recaudación entre los estados significa que el mecanismo de transferencias desempeña un papel en la igualación de la desigualdad. A continuación analizamos el comportamiento de los recursos procedentes de las transferencias.

3.1.2 INGRESOS CON TRANSFERENCIAS

Los ingresos por transferencias incluyen montos provenientes de recursos intergubernamentales, de instituciones privadas, del exterior, de convenios y de particulares. A nivel estatal, las transferencias más relevantes son las provenientes del gobierno federal (FAF, convenios, contratos de représtamo y términos de cooperación). Sin embargo, dado que la autonomía fiscal media de los estados es elevada, las transferencias no son la principal fuente de ingresos para la mayoría de ellos. En este caso, tomamos el porcentaje de transferencias federales en relación con los ingresos corrientes como indicador del vínculo que cada estado tiene con el gobierno federal para aplicar el ASPS en su territorio. Cuanto mayor es la autonomía, menor es el vínculo y viceversa. En este cálculo se incluye el FPE

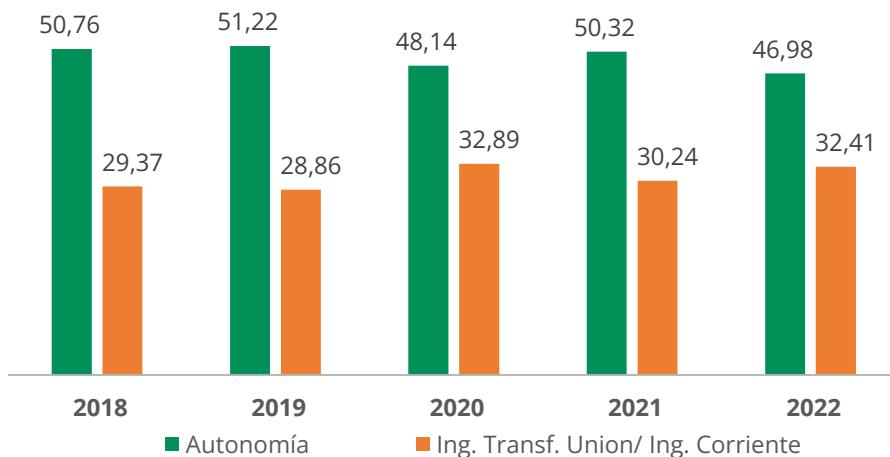
$$\text{vínculo Gob. Federal (\%)} = \frac{\text{Ing. Transf. Unión}}{\text{Ing. Corrientes}} \times 100$$

Dado que el grado de autonomía y el vínculo con el gobierno federal son complementarios, la dinámica de este último va en dirección opuesta a la observada para el grado de autonomía. Sin embargo, a diferencia de los recursos tributarios, el cambio en la estructura de cálculo contable del SIOPS (que tuvo lugar en 2021 y 2022) afectó a la agregación de los ingresos por transferencias corrientes.

Hasta 2020, los recursos procedentes de convenios tenían una cuenta contable separada de las transferencias constitucionales (Unión, estados y municipios). Sin embargo, el cambio de códigos contables aplicado a partir de 2021 incorporó estos importes a las transferencias de cada entidad. Por esta razón, las cifras de transferencias de la Unión para 2021 y 2022 deben analizarse con cautela, ya que incorporan los montos provenientes de convenios celebrados por la Unión y sus entidades con los estados^{VI}. Por ello, estas cifras no son directamente comparables con las obtenidas en el periodo anterior (2018-2020).

VI Estos acuerdos que antes se desglosaban en una cuenta separada ("Transferencias de Acuerdos del Gobierno Federal y sus Entidades" - 1.7.61.00.00.00) se refieren a los Acuerdos del Gobierno Federal para el sistema SUS, o los de Programas de Educación o Programas de Saneamiento Básico - que, a partir de 2021, podrán incorporarse a las "Transferencias del Gobierno Federal y sus Entidades". Además, se eliminó la cuenta "Transferencias de Enmiendas Parlamentarias Individuales", que hasta 2020 estaba desglosada (1.7.21.38.00.00) e incluida en la cuenta "Transferencias de la Unión" (1.7.21.00.00.00). En consecuencia, los fondos procedentes de esta fuente se computan ahora de forma pulverizada entre los códigos, lo que dificulta la comparación de las cuentas a lo largo del tiempo.

Gráfico 3.6. Autonomía y vínculo con el gobierno federal. Media de las UF (%)



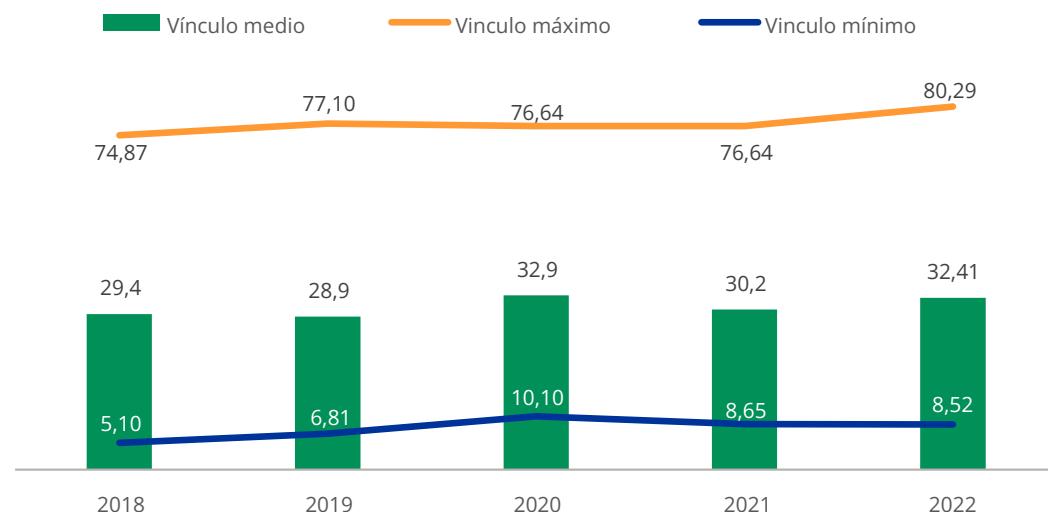
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 3.6 muestra que la participación promedio de los ingresos por transferencias federales en los ingresos corrientes de los estados entre 2018 y 2022 fue de 30.8%^{VII}. La participación media de las transferencias de la Unión a los estados en los ingresos corrientes entre 2018 y 2020 fue del 30,4%, pero para el periodo 2021-2022 alcanzó el 31,3%, con un crecimiento centrado en 2022. Cabe señalar que la variación de la vinculación con el gobierno federal entre estos dos periodos aumentó considerablemente en siete estados^{VIII}, donde el crecimiento fue superior a 10%. Cabe mencionar que la suma de la participación de los ingresos tributarios (autonomía) y las transferencias federales no representa el 100 por ciento, ya que también existen recursos provenientes de instituciones privadas, del extranjero, de particulares y de convenios, siendo estos últimos los más relevantes.

VII Salvo en 2020 (covid-19), el aumento del vínculo con el gobierno federal después de 2020 se refiere al cambio en el cálculo de la participación de los Acuerdos (cambio en la estructura contable en Siops).

VIII Ellos son: Amazonas, Pará, Ceará, Pernambuco, Bahía, Rio de Janeiro y Mato Grosso.

Gráfico 3.7. Vínculos con el gobierno federal. Promedio de los estados brasileños (%)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 3.7 muestra la proporción media de las transferencias federales en los ingresos corrientes. Puede observarse que el nivel de alrededor del 31% observado en el periodo estuvo impulsado por dos años concretos: el año de la pandemia (2020) y el año de las elecciones (2022). En 2020, el aumento medio de la parte de las transferencias federales en los ingresos corrientes (en torno al 24,8%) afectó prácticamente a todos los UF^{IX}. Por otra parte, la especificidad del aumento observado en 2022 (concentrado en determinados estados^X) nos hace suponer que el cambio en el cálculo contable afectó a la trayectoria de cada UF de manera diferente (en función, sobre todo, de la cuantía de recursos específicos, como convenios, contratos de transferencia y condiciones de cooperación).

La complementariedad entre ingresos propios y transferencias federales en cada región se muestra en el Gráfico 3.8. Esta relación muestra que, entre 2018 y 2022, de cada R\$1 de ingresos, casi la mitad (R\$0,50) proviene de la tributación propia, y otros R\$0,30 provienen de la tributación de la que es responsable el gobierno federal. La cantidad de R\$0,20 necesaria para completar R\$1 corresponde en su mayor parte a convenios. Como

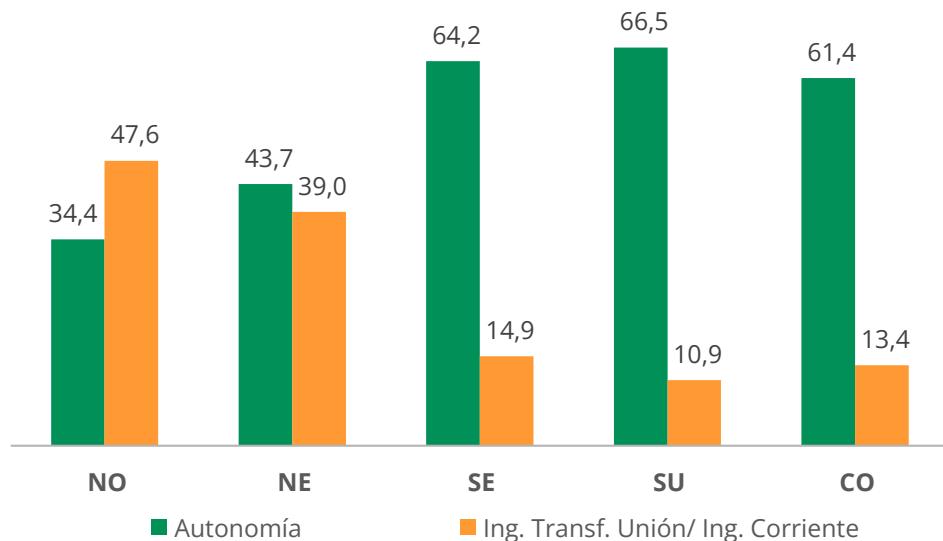
IX Las excepciones fueron Amapá, Sergipe y Mato Grosso, que no mostraron crecimiento en la participación de las transferencias federales en relación con los ingresos corrientes en 2020 en comparación con 2019.

X Entre 2021 y 2022, los estados de Pernambuco, Alagoas, Bahía y São Paulo presentaron un aumento de los recursos provenientes de la Unión superior al aumento de sus respectivos ingresos tributarios. En el caso de São Paulo, a pesar de su alto grado de autonomía, las transferencias del Gobierno Federal en 2022 fueron muy próximas en términos nominales a las observadas en el año de la pandemia (31 millones en 2022 y 33 millones en 2020).

la región Norte tiene el menor nivel de autonomía fiscal, tiene la mayor participación de las transferencias de la Unión en los ingresos corrientes (47,6%). En el otro extremo, el Sur tiene el mayor nivel de autonomía fiscal y la menor vinculación con el gobierno federal (11%).

Gráfico 3.8. Evolución de la autonomía y los vínculos con el gobierno federal (%) por región.

Promedio 2018-2022



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

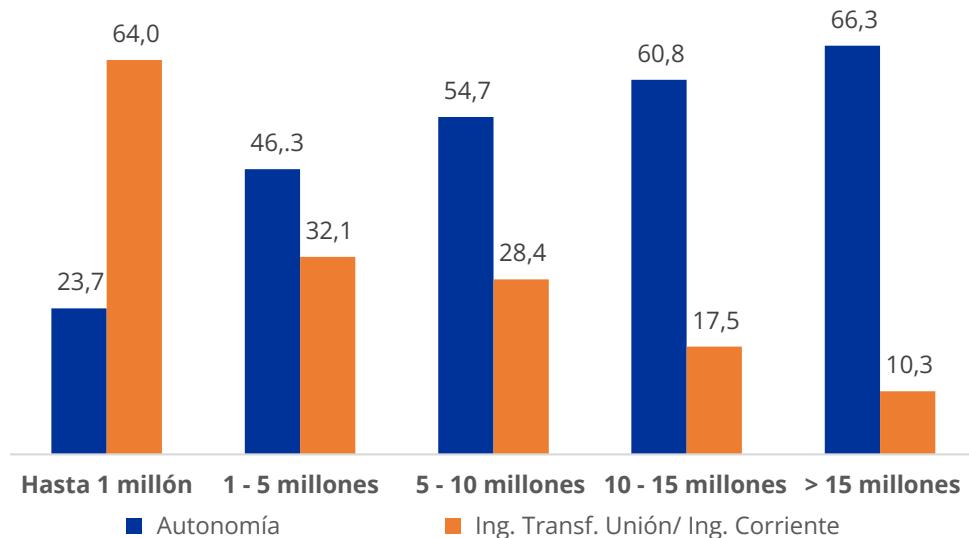
Mientras que el gráfico 3.8 muestra cómo difiere la importancia de las transferencias federales entre las regiones, la tabla 3.3 muestra la diferencia entre los estados con menor y mayor vinculación con el gobierno federal. Se observa que, debido a la interdependencia de la participación de los ingresos tributarios y de las transferencias federales en la composición de los ingresos, la posición de cada región en términos de desigualdad intrarregional de los vínculos fiscales con el gobierno federal es idéntica a la observada en La Tabla 3.1. Así pues, las regiones con una participación desigual de los ingresos fiscales en relación con los ingresos corrientes también serán desiguales en cuanto a la participación de las transferencias procedentes del Gobierno federal^{XI}. En el caso del Sur, los estados con los niveles más alto y más bajo en cada caso (autonomía y vínculos fiscales con el gobierno federal) simplemente intercambian posiciones.

Tabla 3.3. Relación entre los niveles máximo y mínimo de vínculos con el gobierno federal por región

Región	Autonomía con Gob. Federal media 2018-2022		Estado	Diferencia Max-Min	Desigualdad Intrarregional
Norte	Menor	24,5	Amazonas	52,6 pp	1º
	Mayor	77,1	Amapá		
Nordeste	Menor	29,6	Bahia	16,4 pp	3º
	Mayor	46,0	Maranhão		
Sureste	Menor	8,0	Rio de Janeiro	20,9 pp	2º
	Mayor	28,9	Espírito santo		
Sur	Menor	9,8	Santa Catarina	3,1 pp	5º
	Mayor	13,0	Paraná		
Centro-Oeste	Menor	11,8	Distrito Federal	4,2 pp	4º
	Mayor	15,9	Goiás		

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 3.9. Autonomía y vínculos con el gobierno federal (%) por tamaño de población - Promedio 2018-2022



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La asociación entre los vínculos con el gobierno federal y el tamaño de la población es otra dinámica simétricamente opuesta a la observada en relación con el grado de autonomía. El Gráfico 3.9 muestra cómo la relevancia de las transferencias federales en los Ingresos Corrientes disminuye a medida que aumenta el tamaño poblacional del estado, precisamente porque aumenta la posibilidad de obtener recursos propios (autonomía).

Se observa que la mayor dependencia de las transferencias federales ocurre en los estados con población de hasta 1 millón de habitantes, que se localizan en el Norte (Tabla 3.2) - Acre, Roraima y Amapá. En términos de población, estamos hablando de un total de 2,3 millones de personas, es decir, el 1,1% de la población brasileña.

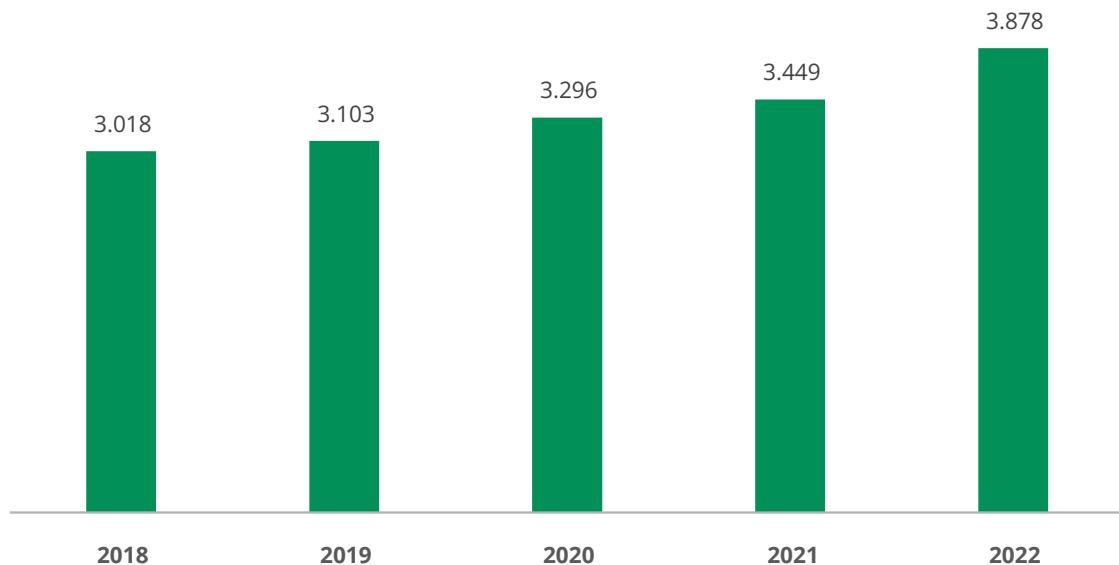
Después de todo, ¿cuánto dinero hay disponible para la salud en los estados?

Para conocer el total de recursos de que disponen los estados para gastar en ASPS, sumamos los ingresos fiscales y todas las transferencias (federales, estatales y municipales). Cabe mencionar que aunque la proporción media de transferencias entre estados y de municipios a estados es muy baja, se incluyeron en el cálculo^{XII}. A partir de esta suma, obtenemos el valor real de los “recursos disponibles per cápita” dividiendo esta cantidad por la población de cada estado y deflactando por el IPCA para Ene-2023.

Los Gráficos 3.10 A, B y C muestran que el promedio de recursos disponibles per cápita para el período 2018-2022 fue de 3.349 reales, y que en estos cinco años se ha producido un aumento del 28,5% de estos valores en términos reales. Además, las regiones Norte y Nordeste tienen los mayores y menores promedios de recursos disponibles per cápita (4.755 y 2.616 reales, respectivamente). Cuando observamos la distribución de los estados según el tamaño de la población (tabla 3.2), nos damos cuenta de que la elevada cantidad de recursos disponibles per cápita en los estados con una población de hasta 1 millón de habitantes se debe al hecho de que este grupo incluye solo estados del Norte. Sin embargo, en el grupo de estados con una población de entre 5 y 10 millones, como la mitad de estas UF se encuentran en la región con menos recursos per cápita (Noreste), la media acaba sesgada a la baja.

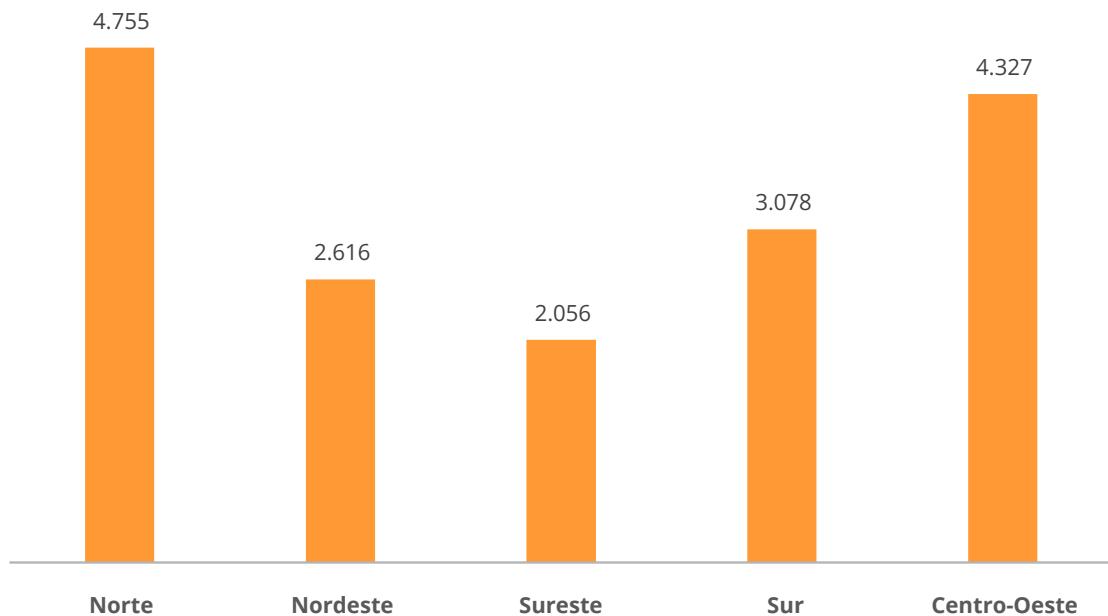
XII Las proporciones medias corresponden al 0,7% y al 2,8% para las transferencias entre estados (1.7.22.00.00.00); y de los municipios a las UF (1.7.23.00.00.00) respectivamente. En el caso de la participación de los ingresos por transferencias municipales en relación con los ingresos corrientes, los datos de Siops muestran una caída significativa entre el período 2018-2020 (1,8%) y 2021-2022 (4,2%). Atribuimos esta diferencia al cambio realizado en la estructura de cálculo del RREO (Ordenanza conjunta STN/SOF nº 20 de 23/02/2021) en relación con las transferencias procedentes de convenios, contratos de transferencia y términos de cooperación entre estados y municipios.

Gráfico 3.10 A. Recursos disponibles por persona (R\$) - valores reales (Ene-2023) - media de las UF



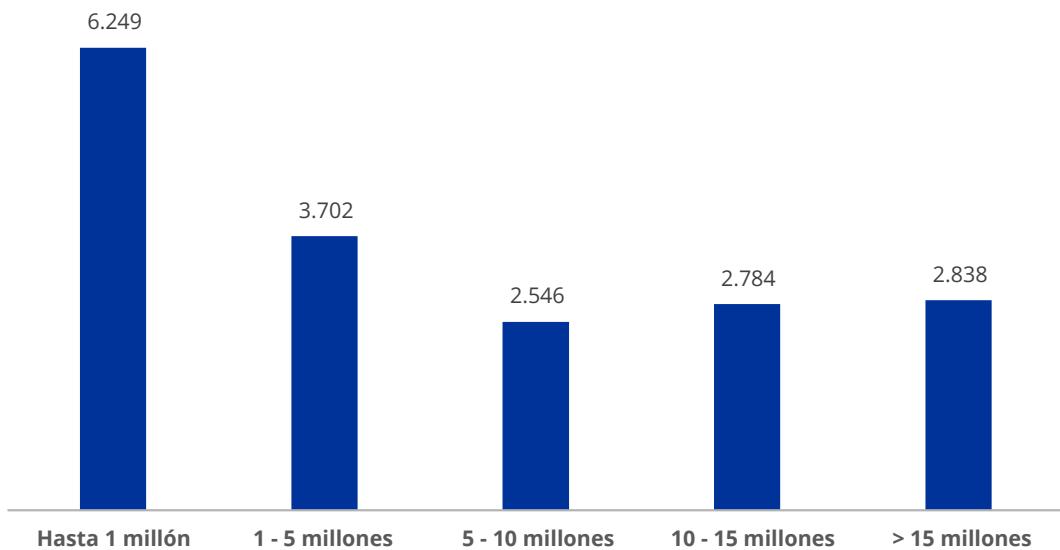
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 3.10 B. Recursos disponibles por persona (R\$) - valores reales (Ene./2023) - media de UF por región



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

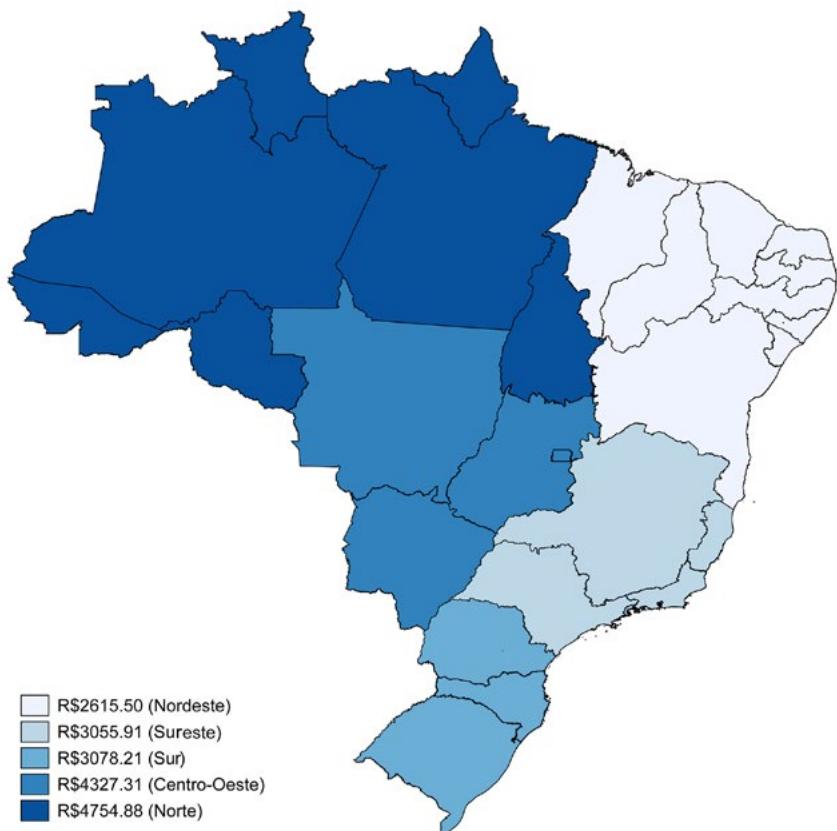
Gráfico 3.10 C. Recursos disponibles por persona (R\$) - valores reales (Ene./2023) - media de las UF, por tamaño de población



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La distribución de los recursos per cápita por región (Gráfico 3.10 B) muestra que los recursos disponibles per cápita en el Nordeste (R\$ 2.616/hab.) son aproximadamente la mitad (55%) del valor medio per cápita en el Norte (R\$ 4.755). Cuando se analiza en términos de población, se observa que los recursos per cápita en los estados con población de entre 5 y 10 millones de habitantes es el 59,2% de la cantidad media en los estados con población de hasta 1 millón de personas. Los mapas 1A y 1B muestran la distribución de los recursos per cápita por región (1A) y por estado (1B)^{XIII}, reflejando la heterogeneidad del crecimiento económico y poblacional.

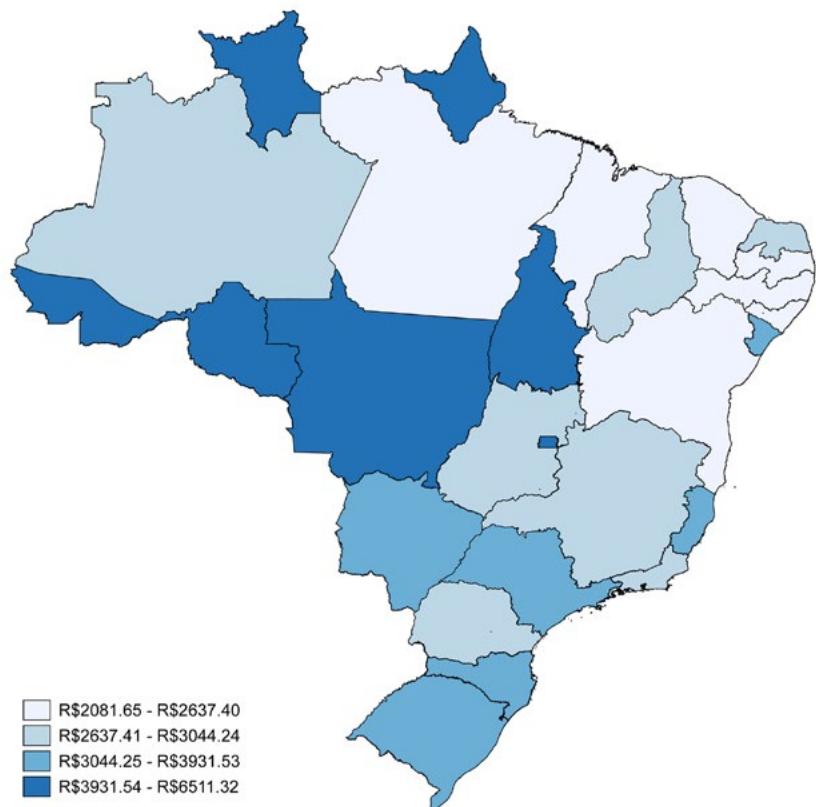
Mapa 1A. Recursos disponibles por persona (R\$) - valores reales (Ene./2023) - media 2018-2022 - por región



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Dado que entre 2018 y 2022 el promedio nacional de recursos disponibles per cápita es de R\$3.530/persona, el mapa 1A muestra que solo los promedios de las regiones Norte y Centro-Oeste están por encima de ese valor. Cabe destacar que el promedio del Centro-Oeste es impulsado por los recursos del Distrito Federal, que son los terceros más altos del país (R\$6.217/persona), solo detrás de los valores promedio de Amapá y Roraima (R\$6.511 y R\$6.379 por persona respectivamente). Las otras tres regiones se sitúan por debajo de la media nacional: las medias del Sur y del Sudeste se aproximan a la media nacional y la media del Nordeste es aproximadamente un 27% inferior a la media nacional.

Mapa 1B. Recursos disponibles por persona (R\$) - valores reales (Ene/2023) - media 2018-2022 - por UF



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La Tabla 3.4 muestra los valores reales medios de la cantidad de recursos por persona (R\$/hab.) para cada región y estado para el periodo 2018-2022, y el mapa 1B muestra las desigualdades posicionando los valores para cada estado según el cuartil de la distribución nacional. El Norte (media más alta de R\$/habitante) es la región con mayor desigualdad, con una diferencia entre el máximo y el mínimo de R\$/habitante de 4.080 reales. En el caso de la región Centro-Oeste, el elevado valor de los recursos por persona en el Distrito Federal hace que la diferencia entre el máximo y el mínimo de R\$/habitante en la región alcance los R\$ 3.418; pero si excluimos esta UF del cálculo, esta discrepancia se reduce a R\$ 1.802. En cuanto a las regiones Nordeste y Sudeste, la diferencia entre los valores máximo y mínimo por persona dentro de la región es prácticamente la misma (R\$ 1.137 y R\$ 1.064 respectivamente). Es decir, ambas regiones presentan una desigualdad similar entre la disponibilidad de recursos por persona en sus estados.

Tabla 3.4. Recursos disponibles por persona (R\$) - media 2018-2022 – según la UF

Región	Unidad de la Federación	R\$/persona*		Área
		Región	UF	gráfico
Norte	Rondônia	4.755	4.159	B
	Acre		5.863	B
	Amazonas		3.046	D
	Roraima		6.390	B
	Pará		2.418	A
	Amapá		6.485	B
	Tocantins		4.924	B
Nordeste	Maranhão	2.584	2.097	A
	Piauí		2.912	A
	Ceará		2.249	A
	Rio Grande do Norte		2.886	A
	Paraíba		2.562	A
	Pernambuco		2.594	A
	Alagoas		2.652	A
	Sergipe		3.262	A
	Bahia		2.326	D
Sureste	Minas Gerais	3.056	2.668	D
	Espírito Santo		3.701	C
	Rio de Janeiro		2.652	D
	São Paulo		3.203	D
Sur	Paraná	3.078	2.829	D
	Santa Catarina		3.181	D
	Rio Grande do Sul		3.224	D

Tabla 3.4. Recursos disponibles por persona (R\$) - media 2018-2022 – según la UF

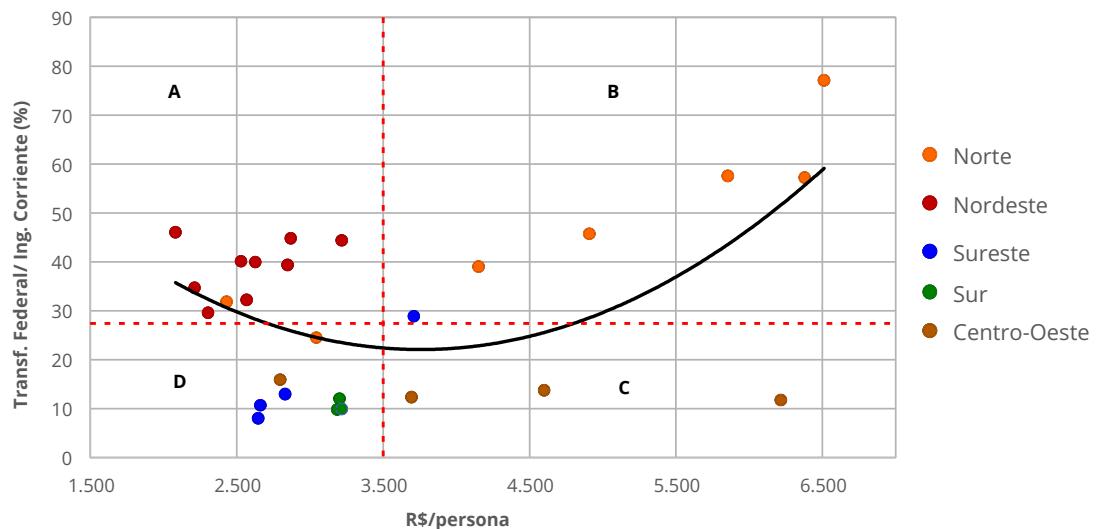
Región	Unidad de la Federación	R\$/persona*		Área
		Región	UF	
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	4.327	3.689	C
	Mato Grosso		4.557	C
	Goiás		2.797	D
	Distrito Federal		6.266	C
Brasil	Média	3.530	-	-
	Mínimo	2.082	-	Maranhão
	Máximo	6.511	-	Amapá

* Valores reales (ene/2023)

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 3.11 muestra la relación entre la proporción de transferencias federales respecto a los ingresos corrientes (%) y los recursos per cápita (R\$/persona) en las UF. Las líneas discontinuas indican los valores medios nacionales para estas dos medidas en el período 2018-2022.

Gráfico 3.11. Vínculo con el gobierno federal (%) y recursos disponibles per cápita* (R\$) - media 2018-2022 - valores reales (ene-2023)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Valores reales (ene/2023)

Tomando como referencia las medias del vínculo con la Unión (%) y de los recursos/persona (R\$), podemos delimitar cuatro áreas en el gráfico (A; B; C; D) según si cada estado está por encima/por debajo de estas dos medias (cuadro 3.1).

Cuadro 3.1. Vínculo con el gobierno federal (%) X Recursos disponibles por persona (R\$) - combinaciones posibles

Área	Vínculo con la Unión	R\$/persona	Interpretación	Número UF
A	Superior a la media nacional	Inferior a la media nacional	A pesar de recibir transferencias superiores a la media, la cantidad de recursos propios no consigue superar la cantidad de recursos/persona de la media nacional.	9
B	Superior a la media nacional	Superior a la media nacional	Recibe transferencias superiores a la media y dispone de recursos/persona también superiores a la media nacional.	5
C	Inferior a la media nacional	Superior a la media nacional	Recibe transferencias por debajo de la media, pero la cantidad de recursos propios es capaz de superar la cantidad de recursos/persona de la media nacional.	4
D	Inferior a la media nacional	Inferior a la media nacional	Recibe transferencias por debajo de la media, pero la cantidad de recursos propios no es capaz de aumentar la cantidad de recursos/persona hasta el nivel de la media nacional.	9

Fuente: elaboración propia

Se puede observar que la mayoría de los estados^{XIV} están por debajo del valor medio de recursos per cápita (áreas A y D). En cuanto a la distribución de los estados según su posición en relación con la media nacional de participación de las transferencias federales en los ingresos corrientes (%), tenemos una composición más homogénea, con 13 estados por debajo de la media nacional (48,1% en las áreas D y C) y 14 por encima (51,9% en las áreas A y B).

Para la mayoría de los Estados del Norte (5 de 7 están en la zona B), las transferencias federales contribuyen a que el importe disponible para estos Estados sea superior a la media nacional. Sin embargo, los dos estados más poblados de la región no encajan en este contexto^{XV}, ya que para ambos, la cantidad de recursos per cápita está por debajo de

XIV 18 estados o el 66,7% del total de la UF.

XV Amazonía con aproximadamente 4,1 millones; y Pará con 8,5 millones de habitantes.

la media nacional (Amazonas en el área D; y Pará en el área A). En el caso de Amazonas (área D), cuyos vínculos con el gobierno federal están por debajo de la media nacional, se observa que la cantidad de recursos propios no es suficiente para aumentar la cantidad de recursos per cápita hasta el nivel de la media nacional. Incluso el estado de Pará, cuya proporción de transferencias federales en relación a los ingresos corrientes es ligeramente superior a la media (31,8%), tiene una cantidad de recursos por persona inferior y más alejada de la media nacional^{XVI}.

En la región Nordeste, todos los estados tienen recursos per cápita inferiores a la media nacional, con la gran mayoría de los estados en el área A del gráfico 3.11. La excepción es el estado de Bahía, cuya proporción de transferencias federales en relación a los ingresos corrientes es inferior, pero aún cercana, a la media nacional (29,6% contra una media de 30,8% para Brasil). En general, podemos concluir que, aunque los estados de la región Norte reciban transferencias por encima de la media nacional, la cantidad total de recursos (transferencias propias y federales) está lejos de la media nacional de recursos/persona. En este sentido, la situación es prácticamente la opuesta a la de los estados del Norte.

Todos los estados de las regiones Sureste, Sur y Centro-Oeste tienen una proporción de transferencias federales en relación con los ingresos corrientes inferior a la media nacional. Por lo tanto, lo que diferencia la situación de estos estados es si sus recursos propios son suficientes o no para alcanzar la renta disponible por habitante en relación con la media nacional (áreas C y D). Entre ellos, el único estado con R\$/hab. por encima de la media es Espírito Santo.

En la región Centro-Oeste ocurre lo contrario: la mayoría de los estados tiene R\$/hab. por encima de la media nacional, siendo Goiás la excepción. Cabe destacar que el Distrito Federal es el tercer estado con más R\$/persona disponible, detrás de los estados de Amapá y Roraima. Si calculáramos el promedio nacional de recursos disponibles por persona excluyendo los estados con montos per cápita superiores a R\$6.000, solo cuatro estados de las áreas A o D del gráfico tendrían recursos superiores al promedio^{XVII}. Sin embargo, la situación de la mayoría de los estados del noreste no cambiaría. En otras palabras, aunque excluyéramos del cálculo a los estados con elevados recursos per cápita (extremos positivos), seguiría habiendo pocos cambios en su distancia de la media nacional.

Esta descripción de los ingresos estatales sirve para ofrecer una visión general de los recursos de que disponen los estados para gastar en ASPS. En este capítulo, señalamos

XVI R\$ 1.099 inferior a la media nacional de R\$ 3.530.

XVII Son ellos: Sergipe, São Paulo, Santa Catarina y Rio Grande do Sul.

cuán desigual es la distribución de los recursos, ya sea debido a las diferencias en la capacidad de generación de ingresos o porque las transferencias federales se dirigen a los estados menos poblados y, por lo tanto, no llegan a la mayoría de la población brasileña. A continuación, analizaremos el perfil de gasto de estos recursos.

3.2 GASTOS DE LOS ESTADOS

Pasamos ahora a analizar el perfil de gasto del PHSA de los estados utilizando la subfunción y la fuente de financiación. A partir de 2018, SIOPS comenzó a recopilar información integrando las perspectivas funcionales y por grupo de gasto, lo que permite analizar el gasto por subfunción/fuente de fondos. El desglose por subfunción proporciona información sobre la finalidad del gasto en PHSA, ayudando así a diagnosticar el gasto en áreas específicas. El origen del recurso permite evaluar el peso de cada entidad en la financiación sanitaria a nivel estatal. En un contexto de expansión de las demandas de salud pública (envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas, incremento de las enfermedades transmitidas por vectores, etc.) y de recursos limitados, el conocimiento de este cruce nos ayuda a trazar un panorama de la asignación de los recursos de la ASPS.

En Brasil, entre 2018 y 2022, la media anual del gasto estatal total en ASPS fue de 111,500 mil millones de reales (en valores nominales^{XVIII}). En términos reales^{XIX}, este monto equivalía a 125.900 mil millones de reales. Los Tablas 3.5 y 3.6 muestran el gasto medio del Estado en ASPS, por subfunción, en valores nominales y reales (valores de enero/23), respectivamente; la participación de cada subfunción y la variación entre 2018 y 2022. Al tratarse del gasto medio, estos datos ofrecen una visión general de la asignación de recursos por parte de las UF.

XVIII Véase tabla A1 en el apéndice.

XIX Deflactado por el IPCA a valores de enero-2023, véase el cuadro A2 del Apéndice.

Tabla 3.5. Gasto medio de los Estados en ASPS - en R\$ millones (nominal)

Subfuncion*	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022	
						Media	Part. (%)
AB - Atención Básica	84	129	128	161	171	135	3,3
AHA - At. Hospitalaria y Ambulatoria	2.027	2.237	2.472	3.019	3.405	2.632	63,8
SPT - Sop. Prof. Terapéutico	188	205	227	211	235	213	5,2
SAN - Vig. Sanitaria	4	4	6	9	8	6	0,2
EPI - Vig. Epidemiológica	27	19	106	110	49	62	1,5
A&N - Alimentación y Nutrición	14	15	13	11	9	13	0,3
ADM - Administrativa	869	849	907	1.041	1.133	960	23,3
Información Complementaria	82	85	143	109	122	108	2,6
Brasil - média UF	3.296	3.542	4.001	4.671	5.132	4.129	100

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Gasto liquidado

La tabla 3.5 muestra que el gasto medio anual de los estados a nivel nacional fue de 4.129 millones de reales (valores nominales), lo que corresponde a 4.664 reales. Entre las subfunciones, la Atención Hospitalaria y Ambulatoria (AHA) representa más de la mitad del gasto estatal en ASPS (aproximadamente 64%), y la segunda más relevante es la función administrativa, que representó casi una quinta parte del gasto total en ASPS en el período de 2018 a 2022. Con la excepción de la subfunción de vigilancia epidemiológica, cuya participación en el gasto total en ASPS aumentó considerablemente durante la pandemia de COVID-19 (2020-2021), se observa que, en general, la proporción del gasto por subfunción se mantuvo prácticamente estable durante este periodo.

La tabla 3.6 muestra que durante estos cinco años, el gasto estatal en ASPS creció un 22% en términos reales, con una media del 5,1% anual. Las únicas subfunciones que experimentaron una reducción en valor real durante el periodo fueron Apoyo Profiláctico y Terapéutico (APT) y Alimentación y Nutrición (AIN), con reducciones del 2,1% y 49,4% respectivamente.

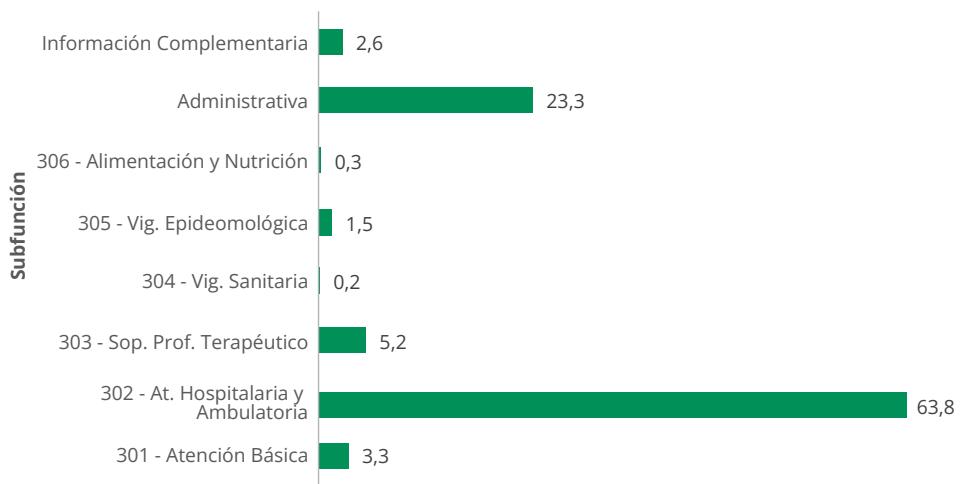
Tabla 3.6. Gasto medio de los estados en ASPS - en R\$ millones (valores reales: Ene-2023)

Subfunción*	2018	2019	2020	2021	2022	2018-2022	
						Média	Part. (%)
AB - Atención Básica	107	158	150	172	171	151	60,4
AHA - At. Hospitalaria y Ambulatoria	2.586	2.737	2.893	3.211	3.405	2.966	31,7
SPT - Sop. Prof. Terapéutico	240	250	265	224	235	243	-2,1
SAN - Vig. Sanitaria	5	5	7	10	8	7	42,6
EPI - Vig. Epidemiológica	35	23	124	117	49	70	39,9
A&N - Alimentación y Nutrición	18	18	15	12	9	15	-49,4
ADM - Administrativa	1.109	1.038	1.062	1.107	1.133	1.090	2,2
Información Complementaria	105	104	167	115	122	123	16,1
Brasil - media UF	4.205	4.333	4.683	4.968	5.132	4.664	22,0

Fuente: elaboración propia con base en elSIOPS.

* Gasto liquidado

Entre las demás subfunciones, las tasas de crecimiento más elevadas se dieron en aquellas con menor participación en la estructura del ASPS de los estados (gráfico 3.12): Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica, que crecieron aproximadamente un 43% y un 40% respectivamente (pero que en conjunto representaron menos del 2% del gasto); y Atención Básica (AB), cuyo gasto real creció un 60,4%, pero representó el 3,3% del gasto medio total en el período. Al final, las dos subfunciones que representan el 87,1% del gasto de la ASPS -AHA (63,8%) y Administrativa (23,3%)- aumentaron un 31,7% y un 2,2% respectivamente. El escaso crecimiento de los gastos administrativos apunta a un contexto de contención del gasto frente al considerable aumento de los gastos AHA, en el que probablemente también influye la pandemia de covid-19.

Gráfico 3.12. Porcentaje del gasto en ASPS por subfunción - media estatal (2018-2022, en %)

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

En términos reales, el gasto medio anual de los estados en ASPS entre 2018 y 2022 fue de 4.664 millones de reales (Tabla 3.6). Solo los estados del Sur y del Sudeste tienen un gasto real superior a la media nacional en la mayoría de las XX subfunciones^{XX}. La excepción es la AHA para los estados del Sur (2% inferior), y el gasto administrativo para los estados del Sudeste (0,84% inferior). En cambio, los Estados de la región Norte tienen gastos inferiores a la media nacional en todas las subfunciones. En el caso del Nordeste, los estados gastaron un 5,5% más en Vigilancia Epidemiológica que la media nacional; y en el Centro-Oeste, fueron los gastos Administrativos y A&N los que se situaron en esta situación (57,4% y 140,7% respectivamente).

La evolución del gasto en ASPS muestra que, entre 2018 y 2020, el mayor crecimiento se produjo precisamente en las regiones con un gasto inferior a la media nacional. Así, mientras que el gasto medio real a nivel nacional creció un 22%, en las regiones Norte, Noreste y Centro-Oeste este incremento fue del 31,7%, 28,6% y 31%. También se registró un aumento del 19,3% del gasto real en ASPS en el Sureste y del 5,2% en el Sur. Cabe mencionar que la subfunción “Información complementaria” se refiere a los gastos que no están vinculados a ninguna de las subfunciones indicadas ni a la función administrativa^{XXI}. En el periodo analizado, el gasto en esta partida representó una media del 2,6%

XX Los estados del sur gastan aproximadamente un 26% más que la media nacional, mientras que los estados del sudeste gastan un 163% más que la media nacional. El cuadro A4 del Apéndice ofrece información sobre el gasto medio de los estados en ASPS por región.

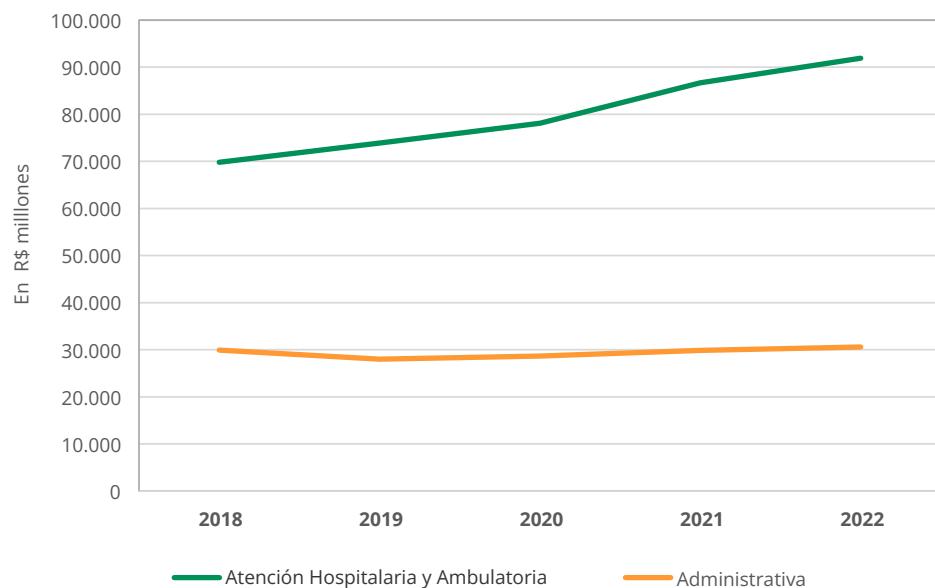
XXI Ejemplos de gastos en esta rúbrica: seguridad social, desarrollo científico, tecnológico y de ingeniería, refinanciación de la deuda (interna/externa).

del gasto estatal en ASPS.

3.2.1 LOS GASTOS POR SUBFUNCIÓN ASPS

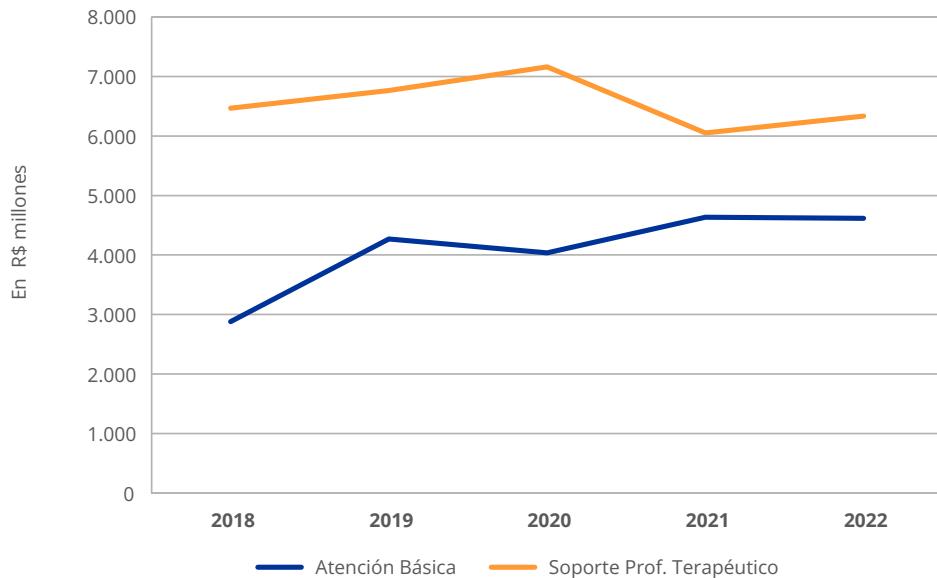
Los gráficos 3.13 A, B y C muestran la trayectoria del gasto real total a nivel nacional según las subfunciones. Lo más relevante es que las dos principales trayectorias de aumento del gasto se refieren a las subfunciones de Atención Básica (AB) y Atención Hospitalaria y Ambulatoria (AHA), que crecieron de forma continua un 60,4% y un 31,7% respectivamente.

Gráfico 3.13 A. Gasto medio real de las principales subfunciones: AHA y Administrativa - (valores reales Ene./23)



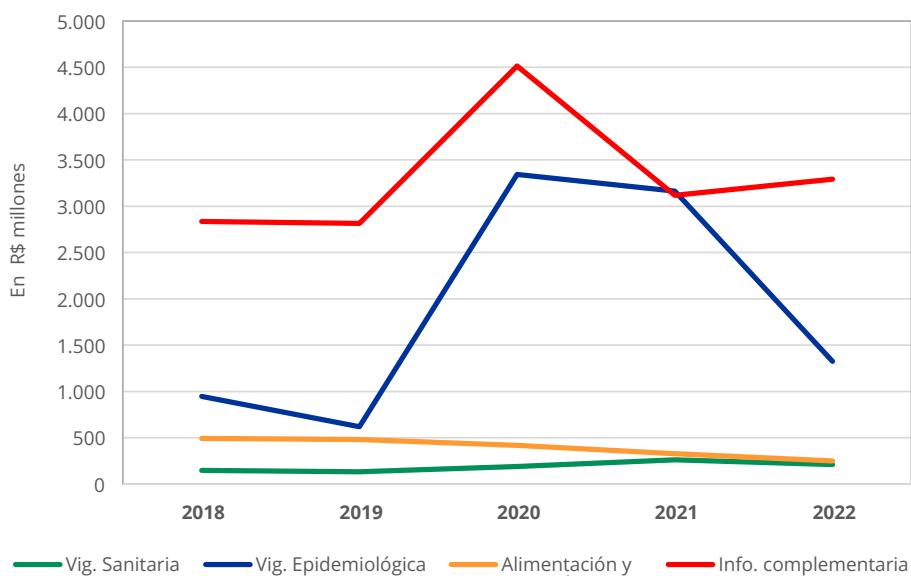
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 3.13 B. Gasto real medio de las principales subfunciones: AB y SPT (valores reales Ene./23)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 3.13 C. Gasto real medio de las principales subfunciones: Vigilancia de la Salud; Vigilancia Epidemiológica; Alimentación y Nutrición, e Información Complementaria. Complementaria - (valores reales Ene./23)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Los datos de la tabla 3.7 muestran cómo la variación del gasto por subfunción fue diferente entre las regiones. En el caso de los CP, hubo crecimiento en todas las regiones, con el Noreste y el Sureste expandiéndose por encima de la media. En cuanto a los gastos de AHA, salvo en el Sur, que experimentó una reducción (-1,1%), hubo crecimiento en todas las demás regiones, destacando el Centro-Oeste (107,6%).

Tabla 3.7. Evolución del gasto medio real entre 2018 y 2022, por regiones - principales subfunciones del ASPS (%)^{*}

Región	AB	AHA	SPT	ADM	ASPS
Norte	13,50	16,41	1,12	63,98	31,70
Nordeste	126,25	39,93	28,12	-1,67	28,64
Sureste	80,65	31,08	-1,85	-49,63	19,31
Sur	24,45	-1,13	-3,76	24,75	5,23
Centro-Oeste	12,21	107,59	-37,79	-2,73	30,99
Brasil	60,40	31,70	-2,11	2,20	22,03

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Promedio de los gastos de los estados.

En cuanto a otros gastos, la función administrativa experimentó un aumento medio del 2,2%. En este caso, el crecimiento continuo comenzó en 2020, ya que el gasto real total en 2019 fue inferior a la cantidad correspondiente en 2018 (-6,40%). Este gasto muestra una gran discrepancia entre las regiones, con descensos en el Noreste, Sureste y Centro-Oeste, y un aumento significativo en el Norte.

El gasto en SPT se expandió un 10,7% entre 2018 y 2020, para volver a caer a niveles inferiores a los observados en 2018, lo que supone un descenso del 2,1% en todo el periodo. Las únicas regiones que no experimentaron una reducción del gasto en esta subfunción fueron el Norte y el Noreste, donde se produjo un aumento del 1,1% y del 28,1%, respectivamente.

Además de las principales subfunciones que figuran en La Tabla 3.7, tenemos también la Vigilancia Sanitaria y la Vigilancia Epidemiológica, que juntas tienen una participación inferior al 2% en el perfil del gasto estatal en ASPS: 0,15% para la primera

y 1,50% para la segunda. El gráfico 3.13 C muestra que el gasto máximo para la Vigilancia Epidemiológica se produjo en 2020, y para la Vigilancia de la Salud en 2021 (el periodo de la pandemia), pero que la caída posterior limitó la variación de ambas a aproximadamente el 40% a lo largo del periodo.

3.2.1B GASTOS POR FUENTE DE INGRESOS

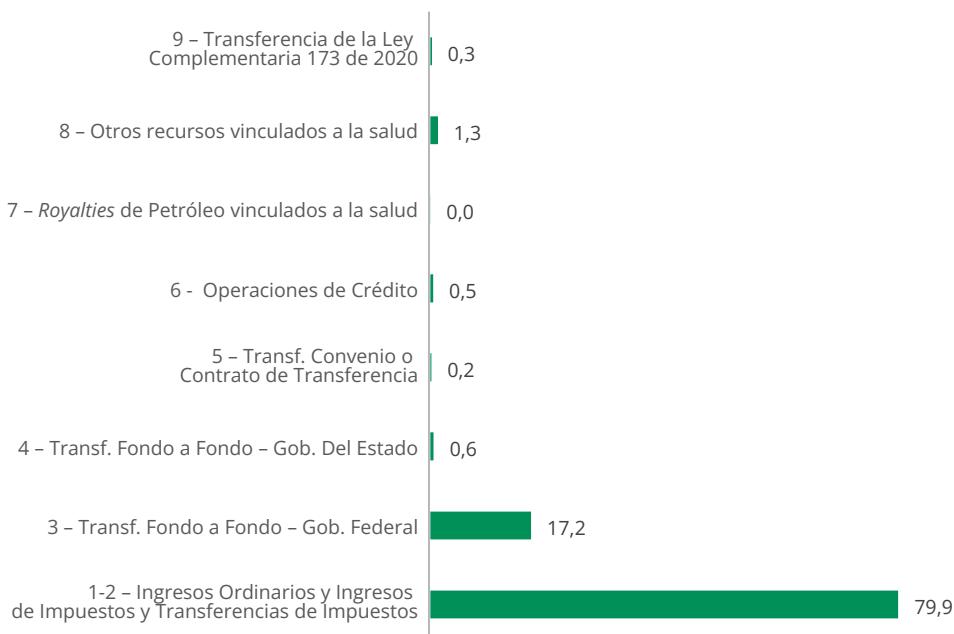
El SIOPS identifica nueve fuentes de ingresos que proporcionan recursos para el gasto en ASPS, en las subfunciones indicadas anteriormente:

1. Fuente libre (ingresos ordinarios);
2. Ingresos tributarios y transferencias;
Transferencias FAF:
3. Gobierno Federal; o
4. Gobierno Estatal;
5. Convenios o Contratos de Transferencia;
6. Operaciones de Crédito;
7. *Royalties Petroleras*;
8. Otros recursos vinculados;
9. LC nº173 de 2020.

El Gráfico 3.14 muestra la participación promedio de las fuentes de ingresos en el gasto de la ASPS entre 2018 y 2022. Se observa que el 80% de los recursos provienen de las fuentes 1 y 2, y menos del 3% de fuentes libres. Esto demuestra la importancia de los ingresos (de los gobiernos locales o del gobierno federal) en la financiación del ASPS. Además, como los ingresos ordinarios no están vinculados a ningún programa u organismo de salud, se observa que gran parte de los recursos se utilizan para cumplir con el límite constitucional^{XXII} (con control de la vinculación en la fuente o en el momento de la ejecución).

XXII Ingresos destinados a la sanidad en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 198, § 2º de la CF/88 y en el Capítulo III de la LC nº141/2012.

Gráfico 3.14. Participación de las fuentes de ingresos en el gasto en salud (2018-2022)* - en %.



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Promedio de los gastos de los estados.

La segunda fuente más importante son las transferencias del FAF, con una cuota del 17,2% durante el periodo analizado. Estas transferencias federales se rigen por leyes específicas, que hacen referencia al mecanismo de descentralización del uso de los recursos en ASPS. Desde 2018, los bloques de financiación que reciben transferencias del FAF se han reducido de seis^{XXIII} a dos: Bloque de Mantenimiento de ASPS, y Bloque de Estructuración en la Red Pública de Servicios de Salud^{XXIV}. La fuente 8, por su parte, se refiere a los ingresos del SUS que no entran en sus propias especificaciones, que se utilizan para consolidar otros ingresos del SUS que no entran en las partidas anteriores. Cabe mencionar que la fuente 9, referente a la LC nº 173, contabilizó recursos durante la pandemia del COVID-19^{XXV}.

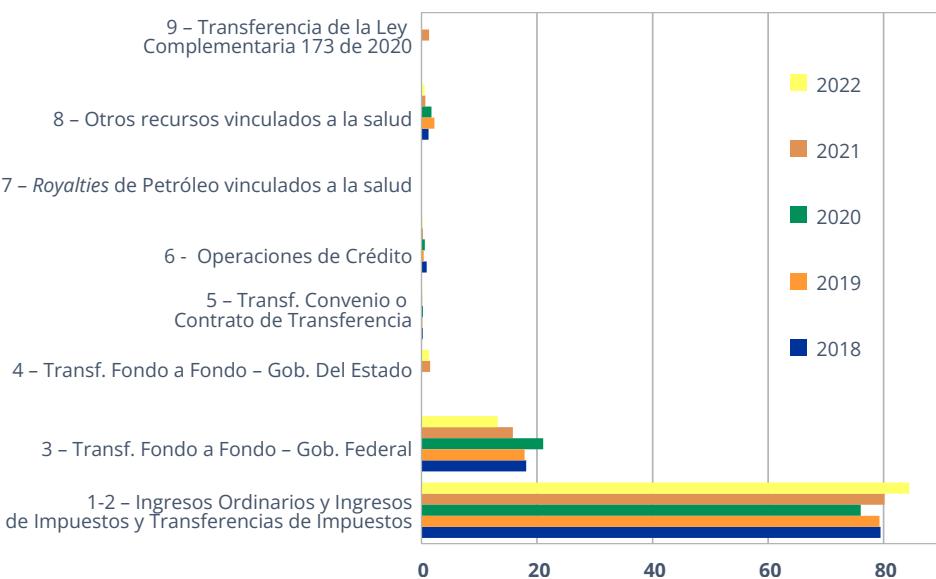
XXIII Hasta finales de 2017, los 6 bloques eran: Atención Primaria, Atención Ambulatoria y Hospitalaria de Media y Alta Complejidad; Vigilancia Sanitaria, Asistencia Farmacéutica, Gestión del SUS e Inversiones en la Red de Servicios de Salud.

XXIV Este cambio se produjo en dos etapas, siendo la primera la Ordenanza GM/MS nº 3.992, del 28 de diciembre de 2017, que redujo el número de bloques de 6 a 2, que inicialmente eran: Bloque de Costeo ASPS, y Bloque de Inversiones en la Red Pública de Servicios de Salud. La Ordenanza GM/MS nº 828, del 17 de abril de 2020, modificó la nomenclatura de los bloques de la ordenanza anterior, sustituyendo "Coste" por Mantenimiento e "Inversión" por Estructuración.

XXV La LC nº 173, del 27 de mayo de 2020, establece el Programa Federal de Lucha contra el Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). La proporción que figura en el gráfico 3.3 se refiere a la media de todo el periodo, pero si calculamos la proporción

El gráfico 3.15 muestra la trayectoria de la participación de las fuentes de financiación a lo largo de estos cinco años. Se observa que el año de la pandemia (2020) supone un recorte en el marco distributivo de las fuentes de financiación, ya que, a partir de 2021, se produce un aumento considerable de la participación de los ingresos ordinarios, impuestos y transferencias tributarias (fuentes 1 y 2) y una reducción del peso de las transferencias FAF procedentes de la Unión (fuente 3). Los datos muestran que la máxima participación del FAF procedente de la Unión en el gasto sanitario se produjo en 2020, cuando superó el 20%. Sin embargo, en los años siguientes, la importancia de esta fuente cayó a niveles inferiores a los observados antes de la pandemia: 15% en 2021 y 12,6% en 2022^{XXVI}. El gráfico 3.15 también muestra que los recursos transferidos vía LC nº 173/2020 se concentraron en 2021 y probablemente incidieron en la reducción de la participación de “Otros recursos vinculados a la salud” (fuente 8) en el gasto total de los estados.

Gráfico 3.15. Participación de las fuentes de ingresos en el gasto en salud, promedio estatal - en %



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La tabla 3.8 muestra la participación separada de las fuentes 1 y 2, lo que permite ver el origen de esta inversión en la participación de las principales fuentes de fondos que ocurrió después de 2020. Se observa que la reducción de la importancia relativa de

media solo a partir de la entrada en vigor de la ley (2020-2022), obtenemos el 0,45% del gasto total.

XXVI Por debajo del nivel de aproximadamente el 17% observado antes de 2020.

los recursos provenientes del FAF - gobierno federal - solo no ocurrió en los estados de la región Sur. En cuanto a las demás regiones, la participación media de los recursos del FAF después de 2020 es inferior a la media observada antes de 2020, produciéndose las mayores reducciones en las regiones Sudeste y Centro-Oeste. Dada la reducción de las transferencias del gobierno federal a través del FAF, los estados empezaron a utilizar una mayor proporción de los Ingresos Ordinarios para financiar sus gastos en ASPS.

Tabla 3.8. Evolución de la proporción de las principales fuentes de financiación, proporción media de las fuentes en los Estados, por región - en %.

Región	Fuentes	2018	2019	2020	2021	2022	Media periodo		
							Antes de 2020	Después de 2020	2018-2022
Norte	1 – Ingresos Ordinarios – Fuente libre	2,0	3,4	7,3	3,5	2,9	2,7	3,2	3,6
	2 – Ingresos de Impuestos y Transf. De Imp.	78,4	79,7	70,6	71,7	79,0	79,0	75,3	75,9
	3 – Transf. FAF – gob. fed.	17,0	16,4	21,1	16,5	15,9	16,7	16,2	17,4
Nordeste	1 – Ingresos Ordinarios – Fuente libre	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,2	0,1
	2 – Ingresos de Impuestos y Transf. De Imp.	74,7	74,8	73,0	78,0	83,7	74,8	80,9	76,9
	3 – Transf. FAF – gob. fed.	21,9	22,8	24,4	20,1	15,1	22,4	17,6	20,9
Sureste	1 – Ingresos Ordinarios – Fuente libre	1,9	0,0	1,9	9,5	8,7	0,9	9,1	4,6
	2 – Ingresos de Impuestos y Transf. De Imp.	81,3	84,4	78,9	74,8	74,8	82,9	74,8	78,8
	3 – Transf. FAF – gob. fed.	15,3	14,2	17,6	9,4	7,6	14,8	8,5	12,8
Sur	1 – Ingresos Ordinarios – Fuente libre	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,5	0,2
	2 – Ingresos de Impuestos y Transf. De Imp.	77,4	79,2	71,7	76,4	80,4	78,3	78,4	77,0
	3 – Transf. FAF – gob. fed.	19,8	17,9	25,7	21,5	18,6	18,9	20,1	20,7
Centro-Oeste	1 – Ingresos Ordinarios – Fuente libre	0,9	0,0	6,8	8,3	8,1	0,5	8,2	4,7
	2 – Ingresos de Impuestos y Transf. De Imp.	85,7	77,7	73,0	83,3	85,9	81,7	84,6	81,1
	3 – Transf. FAF – gob. fed.	13,1	12,9	13,7	7,4	5,9	13,0	6,6	10,6
Brasil	1 – Ingresos Ordinarios – Fuente libre	1,0	0,7	3,2	4,5	4,0	0,8	4,2	2,6
	2 – Ingresos de Impuestos y Transf. De Imp.	79,5	79,1	73,5	76,8	80,8	79,3	78,8	77,9
	3 – Transf. FAF – gob. fed.	17,4	16,8	20,5	15,0	12,6	17,1	13,8	16,5

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Media de los gastos de los estados

Los datos muestran que, para todas las regiones, la proporción de recursos publicitarios procedentes de ingresos ordinarios después de 2020 es mayor que antes. Sin embargo, hay tres situaciones distintas:

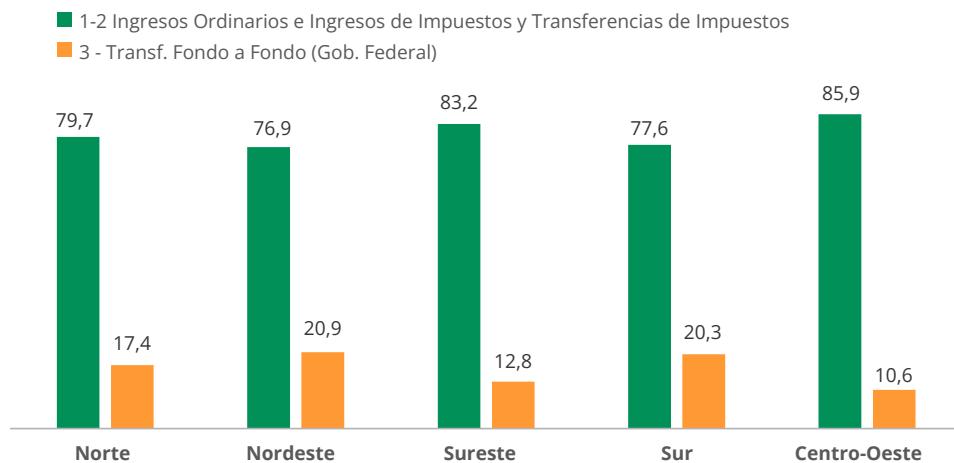
- a. estados que no hacían uso de los ingresos ordinarios y empezaron a hacerlo (Noreste y Sur);
- b. estados en los que menos del 1% del gasto en ASPS procedía de ingresos ordinarios, pero aumentaron considerablemente el uso de estos recursos después de 2020 (Sureste y Centro-Oeste);
- c. región Norte, en la que ya había más del 2% del gasto en ASPS financiado con ingresos ordinarios antes de 2020 y supuso un aumento marginal después de 2020.

Al comparar la parte de los ingresos constitucionales y de las transferencias en la financiación del gasto en ASPS antes/después de 2020, las reducciones se concentraron en las regiones Norte y Sureste^{XXVII}. En el Sur, la relevancia de este recurso se mantuvo prácticamente estable; en el Centro-Oeste, se produjo un aumento de 3 pp; y en el Noreste, se produjo una excepción con un aumento de la participación de estos recursos de aproximadamente 6 pp.

El gráfico 3.16 resume la parte de los ingresos propios (fuentes 1 y 2) y de las transferencias FAF del gobierno federal por regiones. Los datos reafirman lo indicado anteriormente: los Estados de las regiones Centro-Oeste y Sureste son los que tienen las cuotas más bajas de transferencias FAF del gobierno federal, y los Estados de las regiones Noreste y Sur son los que menos utilizan sus ingresos propios para financiar el gasto en ASPS.

XXVII Con 3,7 y 8,0 pp respectivamente.

Gráfico 3.16. Participación de los ingresos propios y de las transferencias del Gobierno federal por región - 2018-2022* - en %



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Media de los gastos de los estados

Debido a la integración de las perspectivas funcional y de grupos de gasto a partir de 2018, el cruce de los gastos por subfunción con las fuentes de fondos utilizadas nos ofrece una visión global de la asignación de recursos.

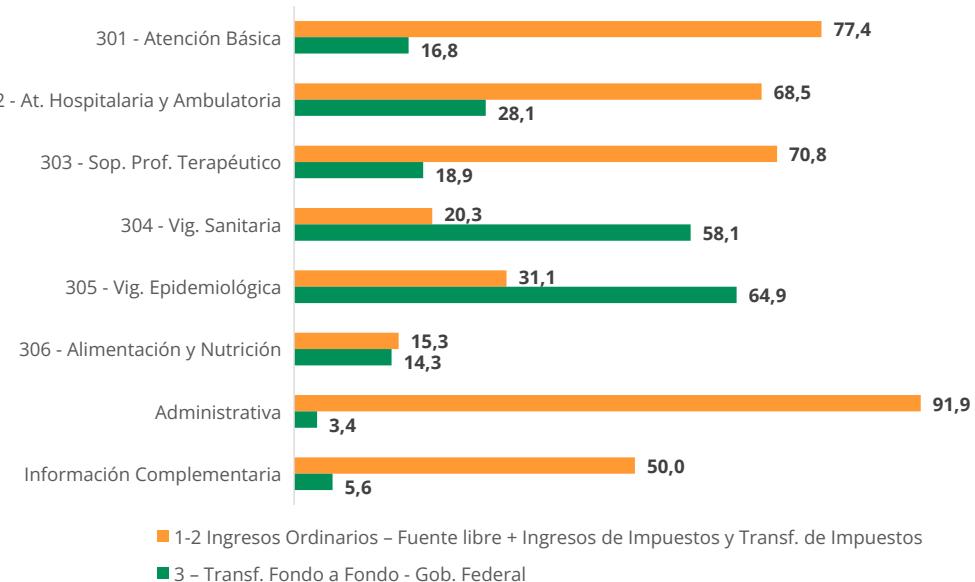
Tabla 3.9. Cuota media del gasto en ASPS y proporción de recursos procedentes de las fuentes 1-3 por subfunción - en %

Subfunción	Participación	Proporción de recursos			
	Media	Fuentes 1-2	Fuente 3	Fuentes 1-3	Demás fuentes
AB - Atención Básica	3,3	77,36	16,77	94,1	4,39
AHA - At. Hospitalaria y Ambulatoria	63,8	68,55	28,11	96,7	3,79
SPT - Sop. Prof. Terapéutico	5,2	70,82	18,93	89,7	0,65
SAN - Vig. Sanitaria	0,2	20,26	58,14	78,4	7,52
EPI - Vig. Epidemiológica	1,5	31,15	64,90	96,1	2,47
A&N - Alimentación y Nutrición	0,3	15,34	14,29	29,6	2,22
ADM - Administrativa	23,3	91,88	3,36	95,2	2,21
Información Complementaria	2,6	49,99	5,64	55,6	3,14

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

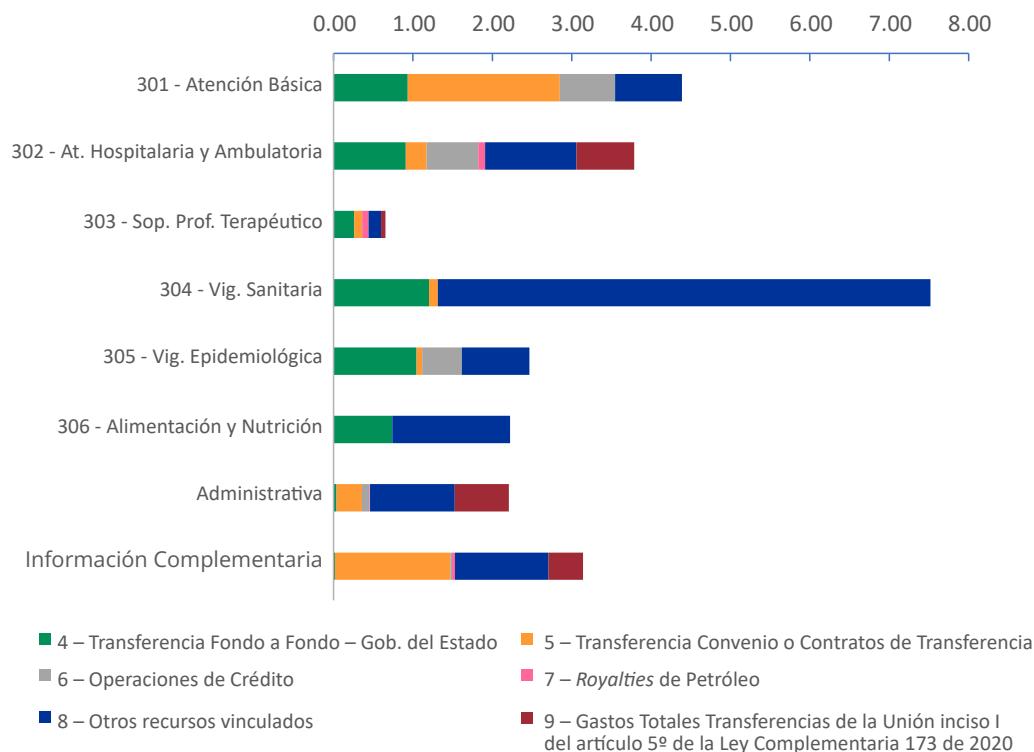
La tabla 3.9 muestra la cuota media de cada subfunción en el gasto en ASPS entre 2018 y 2022, así como la proporción del gasto que se mantiene con las tres principales fuentes de recursos frente a las demás fuentes. Esta información puede verse en los gráficos 3.17 A y B, que muestran la proporción de las fuentes de ingresos según el gasto por subfunción. En el primero, tenemos las tres fuentes más relevantes para el análisis, y en el segundo, las demás.

Gráfico 3.17 A. Participación de las fuentes de ingresos según el gasto por subfunción - media estatal (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 3.17 B. Participación de las fuentes de ingresos según el gasto por subfunción (continuación) - promedio de los estados (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Se observa que las subfunciones más relevantes para el gasto en ASPS en las UF (AHA y ADM) se mantienen con recursos propios y/o transferencias FAF del gobierno federal. Entre 2018 y 2022, 28% de los costos de los servicios de AHA se mantuvieron con recursos del FAF provenientes del gobierno federal. El gráfico 3.17 A muestra que solo en las subfunciones relativas a la vigilancia (SAN y EPI) las transferencias del FAF federal son más relevantes que los recursos propios de las UF (58% y 65%, respectivamente). En conjunto, estas subfunciones no representan ni siquiera el 2% del gasto medio en ASPS (Tabla 3.9).

Las subfunciones menos relevantes a nivel estatal (AB y STP) también dependen predominantemente de los recursos propios (en torno al 70%). Aun así, el gráfico 3.17 B muestra una parte marginal de transferencias procedentes de convenios o contratos de transferencia (2%) para los servicios de AB. También se observa que la Vigilancia de la Salud es la subfunción en la que la financiación de los gastos está más pulverizada

entre las fuentes, con una parte de transferencias de convenios y contratos de transferencia (0,11%), del FAF del Estado (1,20%), de "otros recursos vinculados" (6,20%); esta subfunción asigna recursos a acciones sanitarias específicas^{XXVIII}.

El gráfico 3.17 B muestra que los recursos procedentes de la LC nº 173/2020 se asignaron a los servicios de AHA; en la función Información Administrativa y Complementaria. También cabe mencionar que no todas las subfunciones alcanzan el 100% con la suma de la proporción media de las fuentes. Esto se debe a que no todas las UF gastan en todas las subfunciones, y como la media incluye a todas las UF, la proporción desciende cuando el gasto es puntual o se limita a un pequeño grupo de entidades. Este es el caso de la subfunción Alimentación y Nutrición (F&N)^{XXIX}, que solo cuenta con una media de 10 UF que gastan en esta subfunción; y del gasto en "Información complementaria", que corresponde a 15 UF^{XXX}.

Estos datos hacen referencia al gasto medio de las UF según subfunción y fuente de financiación durante el periodo 2018-2022, pero existen diferencias significativas según la región y/o perfil poblacional del estado. El gráfico 3.7 A muestra el desglose del gasto por subfunción y fuente de fondos por región. Se observa que el Centro-Oeste es la región con mayor proporción de recursos propios que financian los servicios de AHA (80%), y el Sur la menor (58%). Por consiguiente, el Sur es la región que más utiliza los recursos del FAF del gobierno federal como fuente de fondos para los gastos en AHA. Las regiones en orden ascendente según la proporción de gasto en AHA financiado con recursos propios (fuentes 1-2) son: Sur (58%); Norte y Noreste (69%); Sureste (77%) y Centro-Oeste (80%).

XXVIII Esta subfunción incluye acciones que garantizan la calidad, eficacia y seguridad de los productos que interfieren (directa o indirectamente) en la salud humana, como drogas, medicamentos, alimentos, cosméticos, etc. - así como la inspección de las condiciones sanitarias de los establecimientos de salud y de la entrada de productos en el país (prevención de la entrada de agentes nocivos para la salud de la población).

XXIX Esta subfunción se refiere a las acciones de vigilancia nutricional, control de deficiencias nutricionales, orientación alimentaria y seguridad alimentaria promovidas en el ámbito del SUS.

XXX En el caso del gasto en A&N, solo cuatro estados tuvieron gasto en todos los años de 2018 a 2022: Rio Grande do Norte, São Paulo, Goiás y el Distrito Federal.

Gráfico 3.18 A. Proporción de las fuentes de ingresos según el gasto por subfunción por región - media estatal (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El segundo gasto más importante para los estados es la función administrativa. En este caso, la utilización de recursos propios es aún más destacada, alcanzando el 99% en el Sur y el 85% en el Centro-Oeste. En resumen, en todas las regiones del país, la mayor parte del gasto tanto en AHA como en la función administrativa se financia con recursos propios de los Estados (fuentes 1-2).

Como vimos a nivel agregado, las subfunciones en las que la mayor parte del gasto se financia con transferencias del FAF del Gobierno Federal son las que tienen menor participación en el gasto del ASPS en las UF: Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica. Sin embargo, el gráfico 3.18 A muestra que la proporción en que esto ocurre es muy diferente entre las regiones. En el caso de la Vigilancia Epidemiológica, la participación de esta fuente de financiación varía del 78% en el Norte al 18,6% en el Sudeste. En cuanto a la Vigilancia de la Salud, los fondos FAF del gobierno federal representan el 94% del gasto en el Norte y el 7,5% en el Sureste. Para las otras dos subfunciones con una participación superior al 3% en el gasto estatal en ASPS (AB y SPT), se mantiene la concentración de la financiación en los recursos propios, pero se observa una cierta diversificación de las fuentes en las regiones Noreste y Sureste.

El gráfico 3.18 B muestra el mismo desglose, pero según el tamaño de la población de los estados. En este caso, solo los tres estados con una población de entre 10 y 15 millones de habitantes^{XXXI} muestran un mejor equilibrio entre las fuentes de financiación, con un 57% del gasto en AHA para este grupo procedente de sus propios ingresos y un 40% del FAF del gobierno federal. Para el grupo de Estados con una población de entre 1 y 5 millones de habitantes^{XXXII}, aproximadamente el 67% de los fondos que financian los gastos de AHA proceden de sus recursos propios. Sin embargo, la mayor proporción de ingresos propios destinados a este fin (78%) se da en las tres UF con más de 15 millones de habitantes^{XXXIII}.

Gráfico 3.18 B. Participación de las fuentes de ingresos según el gasto por subfunción por grupo de población - promedio estatal (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Asimismo, los estados que reciben fondos a través del FAF del gobierno federal también transfieren fondos a otras entidades, ya sean otros estados, municipios o instituciones privadas. El gráfico 3.19 A muestra que entre 2018 y 2022, los estados destinaron

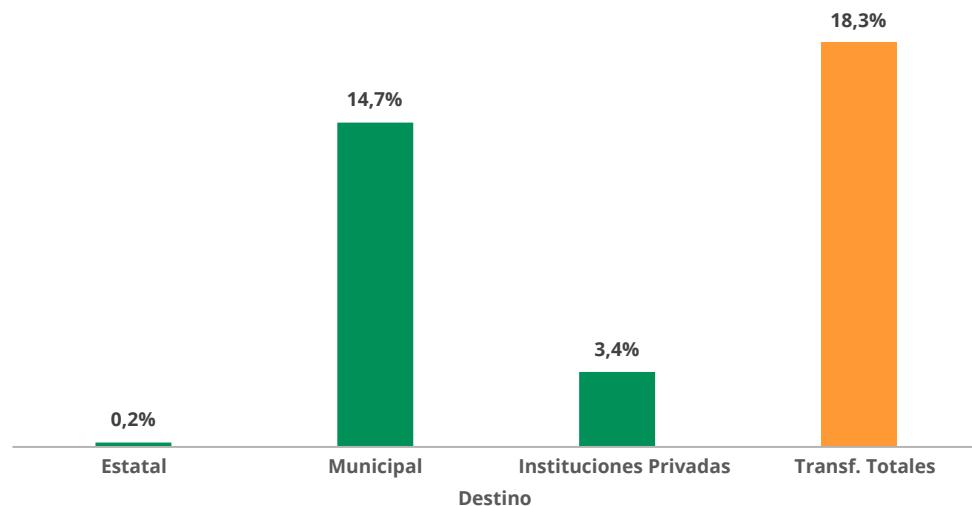
XXXI Bahía, Paraná y Río Grande do Sul.

XXXII Hay 12 estados en este grupo: Alagoas, Amazonas, Distrito Federal, Espírito Santo, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Piauí, Río Grande do Norte, Rondônia, Sergipe y Tocantins.

XXXIII Son ellas: Minas Gerais, Río de Janeiro y São Paulo.

en promedio 18.20 por ciento del gasto corriente a transferencias a otras entidades. De estas transferencias, una gran parte se destinó a municipios (80.5%) y una porción menor (18.5%) a instituciones privadas^{XXXIV}.

Gráfico 3.19 A. Gasto en transferencias según destino, en relación con el gasto corriente total - media estatal (2018-2022)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

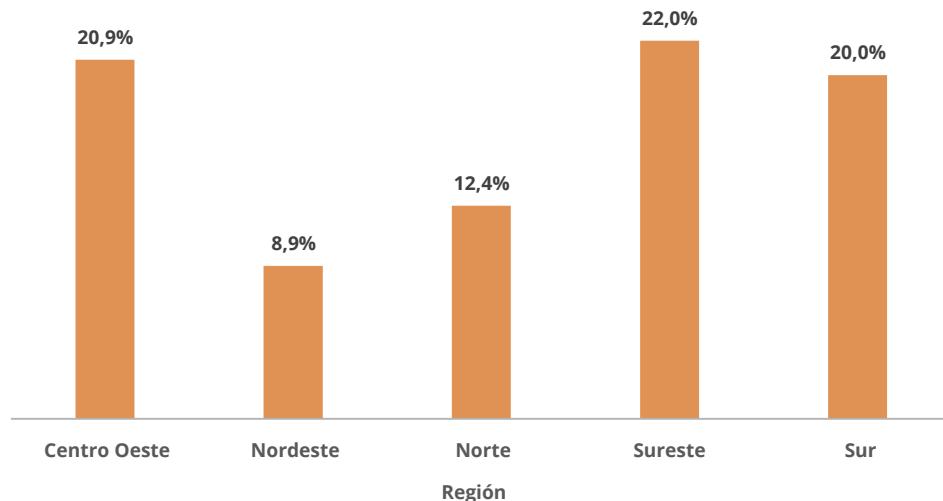
Las transferencias de los estados a los municipios se concentran en las transferencias del FAF provenientes del SUS, la distribución constitucional o legal de los ingresos (12% de la recaudación tributaria) y los recursos para bienes de consumo^{XXXV}. Así, de ese 14,7% de los gastos corrientes, aproximadamente el 11,5% se refiere a recursos destinados al FAF y el otro 3,2% a los otros dos destinos. La media del 3,4 por ciento de los gastos corrientes que se destinaron a instituciones privadas sin fines de lucro se refiere al pago de servicios a terceros - Personas Legales (siglas en portugués: *PJ*) y contribuciones sociales/subvenciones relativas a servicios de asistencia sanitaria.

A nivel regional, el gráfico 3.19 B muestra que entre 2018 y 2022, solo en las regiones Norte y Nordeste la proporción de gasto corriente destinado a transferencias a municipios fue inferior a la media nacional. El Nordeste es la región con menor proporción de fondos transferidos a los municipios.

XXXIV La proporción a otras UF alcanza solo el 1%.

XXXV Adquisición de medicamentos y otros materiales de consumo.

Gráfico 3.19 B. Gasto en transferencias a municipios en relación al gasto corriente total por región - promedio estatal (2018-2022)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Los datos de la tabla 3.10 muestran que el Noreste concentra casi un tercio de los municipios del país (32.2%), pero con un promedio de municipios por estado (199) y de habitantes por municipio (30.5 mil) inferior al promedio nacional^{XXXVI}.

Tabla 3.10. Número de municipios y promedio de habitantes – según la región

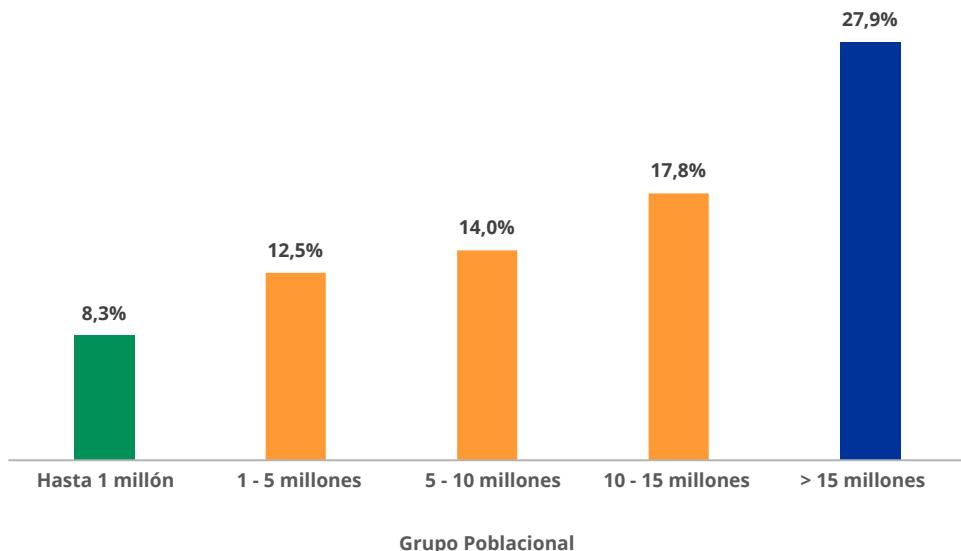
Región	Número		Promedio		
	UF	Municipios	Promedio de mun./UF	Hab./UF	Hab./mun.
Norte	7	450	64	2.479.269	41.040
Nordeste	9	1.793	199	6.073.168	30.501
Sureste	4	1.668	417	21.210.028	79.149
Sur	3	1.191	397	9.979.235	25.459
Centro-Oeste	3	467	156	4.072.385	29.783
Brasil	26	5.570	214	7.521.509	40.158

Fuente: IBGE.

XXXVI La media nacional es que cada UF tiene una media de 214 municipios, en los que el número medio de habitantes es de aproximadamente 40.000 personas. Este cálculo no incluye el Distrito Federal, ya que no tiene municipios.

Justo por debajo del Nordeste, el Sudeste tiene el segundo mayor número de municipios del país (1.668), con un promedio de municipios por estado (417) y un promedio de habitantes por municipio y por estado superior a la media nacional (79 mil y 21 millones, respectivamente). En consecuencia, de acuerdo con la concentración poblacional de la región, el Sureste tiene la mayor proporción de transferencias de gasto corriente a los municipios. El Gráfico 3.19 C muestra cómo la proporción de transferencias en relación con el gasto corriente aumenta a medida que aumenta el tamaño del estado.

Gráfico 3.19 C. Gasto en transferencias a municipios en relación con el gasto corriente total por tramos de población - promedio estatal (2018-2022)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Los datos de la tabla 3.11 muestran que, con excepción del grupo de municipios ubicados en estados de hasta 1 millón de habitantes^{XXXVII}, las demás clases tienen una participación muy cercana, particularmente las tres clases intermedias, para las cuales el promedio de habitantes por municipio se ubica entre 28 y 39 mil.

XXXVII Que suman 53 municipios y representan menos del 1% del total.

Tabla 3.11. Número de municipios, estados y número medio de habitantes - por tamaño de municipio

Grupo Poblacional UF	Número		Participación Nº mun.	Total	Promedio	
	Municipios	UF		Habitantes	Hab./UF	Hab./mun.
Hasta 1 millón	53	3	0,95%	2.200.484	733.495	42.012
De 1 a 5 millones	1.344	12	24,1%	35.987.326	2.998.944	29.728
De 5 a 10 millones	1.270	6	22,8%	47.417.574	7.902.929	39.856
De 10 a 15 millones	1.313	3	23,6%	36.468.971	12.156.324	28.164
Más de 15 millones	1.590	3	28,6 %	81.006.401	27.002.134	89.149
Brasil	5.570	27	100%	203.080.756	7.521.509	36.460

Fuente: IBGE.

En estos tres casos, a pesar de aumentar, la diferencia en la participación de las transferencias a los municipios en el gasto corriente no es discrepante. La mayor diferencia se da precisamente para el grupo de municipios ubicados en estados con población superior a los 15 millones de habitantes, en este caso, todos ellos del Sureste. El importe medio transferido a los municipios de estos estados corresponde al 28% del gasto corriente y alcanza casi el 40% de la población nacional.

El análisis realizado hasta ahora se ha centrado en el gasto corriente, pero el gasto de capital es fundamental para ampliar la cobertura de la población. La siguiente sección se centra en el comportamiento del gasto en ASPS según la categoría económica.

3.2.2 GASTOS POR CATEGORÍA ECONÓMICA

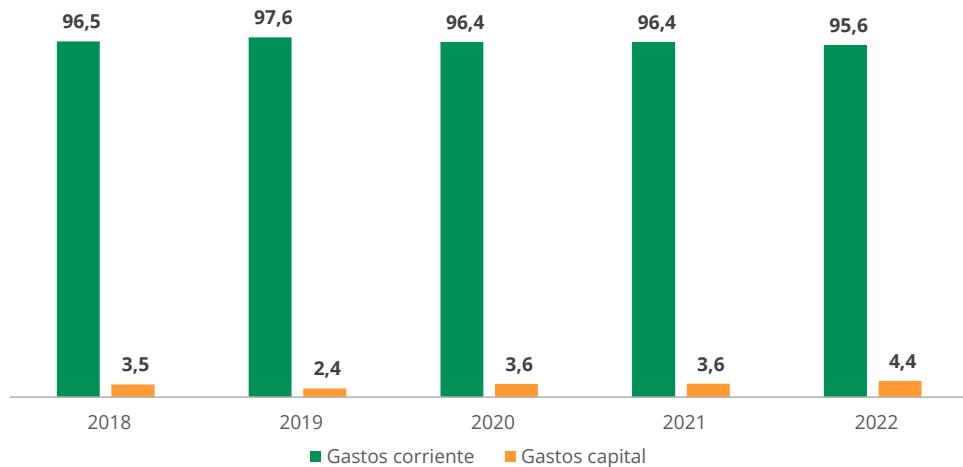
El análisis por categoría económica permite distinguir entre gastos corrientes y gastos de capital en ASPS. Esta diferenciación es importante porque muestra qué parte de los gastos en ASPS está comprometida en la financiación de la estructura actual, mostrando así la capacidad efectiva de expansión del sistema.

En el sector público, las decisiones de inversión no dependen exclusivamente de las circunstancias económicas, sino que también reflejan opciones públicas. Los gastos de capital abarcan una amplia gama de inversiones, desde proyectos de construcción (como hospitales y centros de salud), equipos (por ejemplo, equipos médicos y de TIC),

hasta propiedad intelectual (incluidas bases de datos y programas informáticos). En consecuencia, unos niveles bajos de gasto de capital pueden dar lugar a una acumulación de problemas, ya que una vez que los equipos y las instalaciones se deterioran, cabe esperar mayores costes en el futuro.

A nivel estatal, los gastos de capital corresponden fundamentalmente a la expansión de los servicios de AHA, lo que se puso de manifiesto en el momento de tensión del sistema durante la pandemia de COVID-19. Aunque la pandemia ha llamado la atención sobre la necesidad de invertir, definir el nivel óptimo de gasto de capital no es sencillo, sobre todo teniendo en cuenta las numerosas demandas de gasto actuales. Tomando como referencia la media de los países de la OCDE, el gasto corriente equivale al 93,2% del gasto total, lo que significa que el 6,8% del gasto total se refiere a inversiones (aproximadamente el 0,6% del PIB). Sin embargo, conviene recordar que estos países tienen una estructura por edades y una carga de morbilidad muy diferentes de las que prevalecen en los países desarrollados.

Gráfico 3.20 A. Distribución del gasto corriente y de capital - media estatal (en porcentaje)

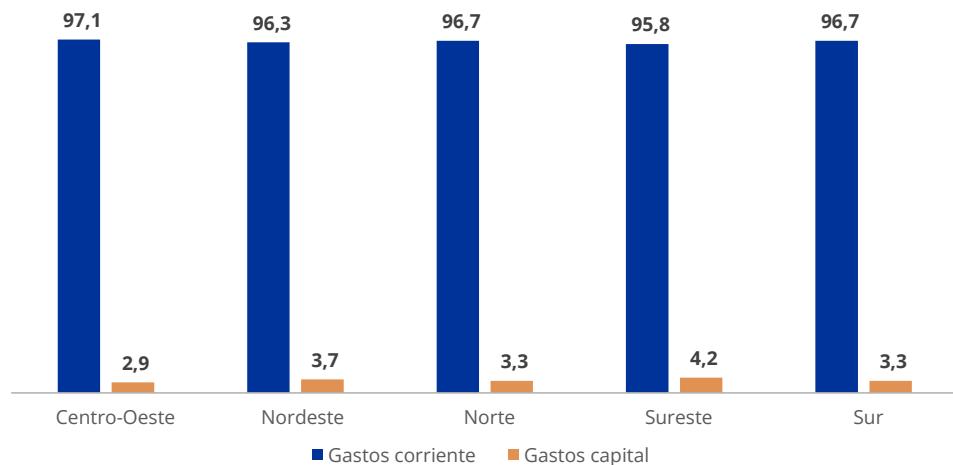


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 3.20 A muestra que, de media, el 96,5 por ciento del gasto en ASS de los estados se destinó a gasto corriente, lo que significa que había poco margen para el gasto en inversión. Llama la atención la diferencia en los niveles de gasto antes, durante y después de la pandemia. Antes de 2020, la proporción del gasto de inversión era del 2,9%; durante la crisis COVID-19, este nivel aumentó al 3,6%; y en 2022, fue 1,3 pp superior a la media del período 2018-2021 (un aumento del 39,6%). Es demasiado pronto para

afirmar que la pandemia ha cambiado la dinámica de la asignación de recursos, pero la proporción media de gastos de capital en 2022 es la más alta desde 2018.

Gráfico 3.20 B. Distribución del gasto corriente y de capital por regiones - media estatal (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Cabe destacar que el nivel más alto de esta serie es 2,2 pp considerablemente inferior a la media de los países de la OCDE, representando aproximadamente una media del 0,10% del PIB de cada UF^{XXXVIII}. El patrón de inversión no solo es bajo a lo largo del periodo, sino que también es desigual entre las entidades federativas. Tomando todo el periodo (2018-2022), el gráfico 3.20 B muestra que el Nordeste y el Sudeste son las regiones con una proporción de gasto de capital superior a la media brasileña.

La Tabla 3.12, sin embargo, muestra que la posición relativa cambió en el periodo tras Pandemia^{XXXIX}, cuando la proporción de gastos de capital cayó en el Nordeste, pero las regiones Sudeste, Sur y Centro-Oeste se situaron por encima de la media nacional. El Norte también aumentó la proporción del gasto de inversión en el periodo post-pandémico, pero se situó por debajo de la media nacional.

XXXVIII Debido a que aún no se han publicado los PIB de los estados, para el cálculo de la proporción de los gastos de capital en el PIB de cada estado se utilizó la participación de cada unidad en el PIB de 2021.

XXXIX La Ordenanza GM/MS nº 913, del 22 de abril de 2022, declaró el fin de la Emergencia Sanitaria Pública de Importancia Nacional (ESPIN) y revocó la Ordenanza GM/MS nº 188, del 3 de febrero de 2020. Como tal, la mayor parte de 2022 tuvo lugar después del fin de la ESPIN. En este análisis, nos referimos a 2022 como un periodo "después" de la pandemia.

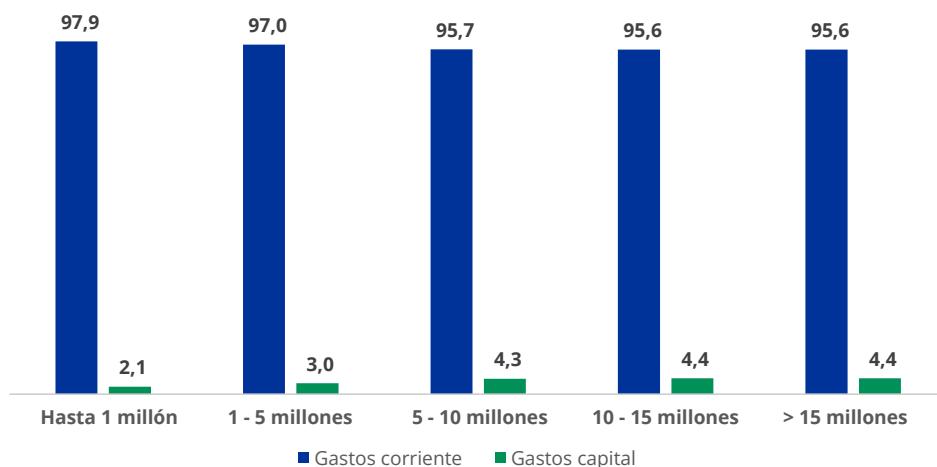
Tabla 3.12. Proporción de los gastos de capital - por región - periodos marcados por la pandemia (en %)

Región	Antes de la pandemia	Pandemia	Tras la Pandemia	2018-2022
Norte	3,0	3,0	4,2	3,3
Nordeste	3,4	4,0	3,6	3,7
Sureste	3,4	4,4	5,5	4,2
Sur	2,3	3,2	5,6	3,3
Centro-Oeste	1,6	3,3	6,1	3,2
Brasil	2,9	3,6	4,4	3,5

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 3.20 C muestra que la proporción de gasto corriente frente al gasto de capital no cambia en función del tamaño de la población de los estados. En otras palabras, no podemos concluir que los estados más poblados gasten más en capital que los demás.

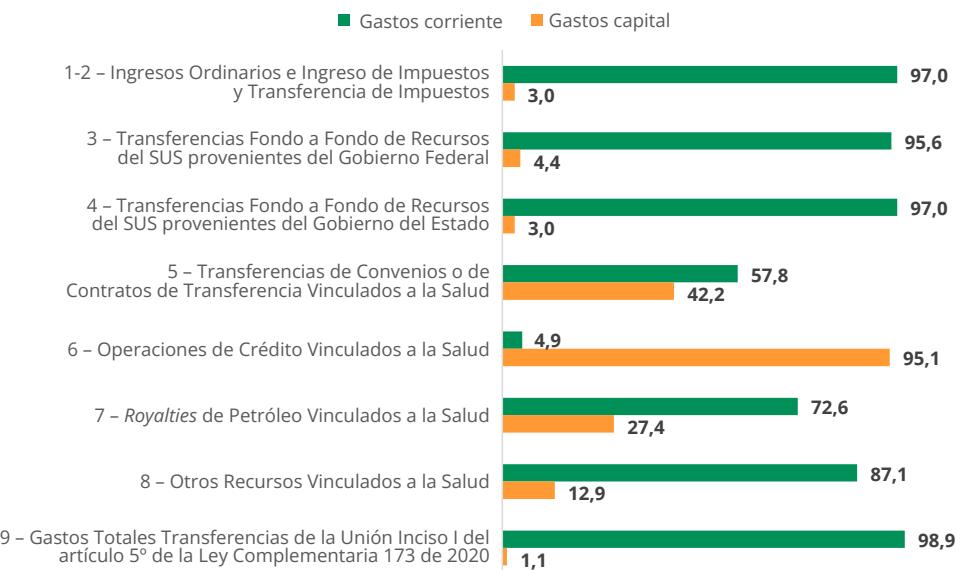
Gráfico 3.20 C. Distribución del gasto corriente y de capital por grupo de población - promedio estatal (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Dado que aproximadamente el 96,5% del gasto de la ASPS corresponde a gasto corriente, es natural que los recursos de las principales fuentes de financiación del sistema se destinen a este tipo de gasto. Por lo tanto, corresponde a las fuentes con menor participación asignar recursos a los gastos de inversión.

Gráfico 3.21. Distribución del gasto corriente y de capital por fuente de financiación - media estatal (2018-2022, en %)



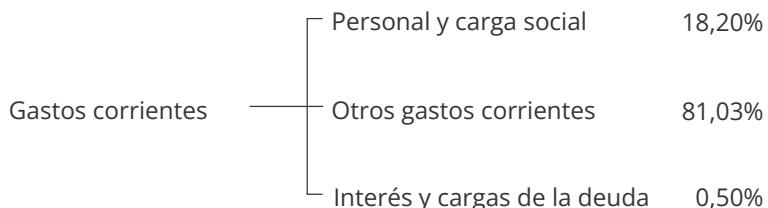
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 3.21 destaca tres fuentes de fondos vinculadas a la Salud con una parte considerable de los gastos de capital: las Operaciones de Crédito, las Transferencias procedentes de Convenios o Contratos de Préstamo y los Cánones del Petróleo^{XL}. A continuación se analiza con más detalle la composición de los gastos corrientes y de capital.

XL Vale la pena mencionar que los datos del Siops indican que los recursos provenientes de regalías petroleras solo se registraron en este rubro en tres UF: Amazonas, Rio Grande do Norte y Espírito Santo. Para el estado de Río de Janeiro no se encontró ninguna fuente.

3.2.2A. GASTOS CORRIENTES

Desagregando los gastos corrientes, se observa que la gran mayoría de los recursos se destinan a “otros gastos corrientes”, que para todo el período representan en promedio el 81,3% del total de los gastos habituales.

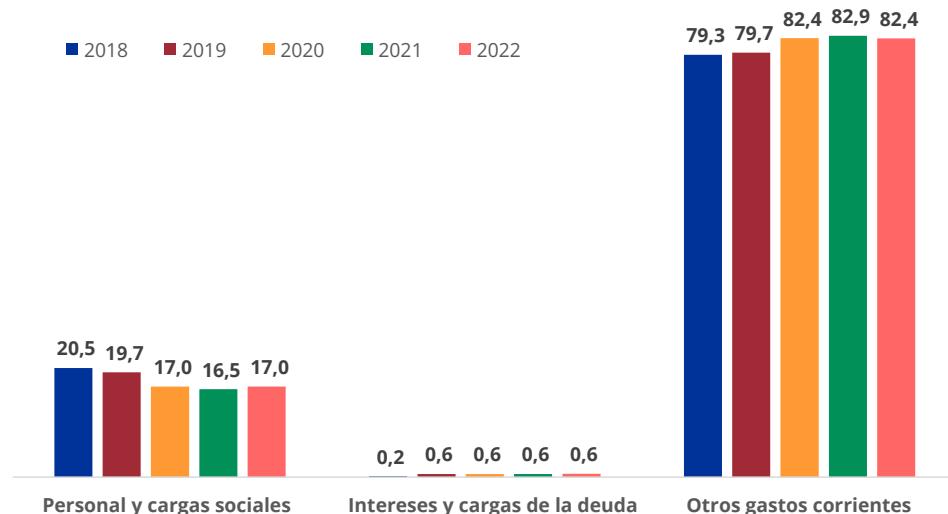


Cuadro 3.2. Gastos corrientes - principales partidas - SIOPS Cuentas de los Estados y del Distrito Federal (por orden de importancia)

Personal y Carga Social	
Aplicación Directa	Transferencias
- Contratación por tiempo determinado	- Municipios (constitucional y material de consumo)
- Salarios y ventajas fijas – personal civil	- Estados
- Salarios y ventajas fijas – personal militar	- Unión
- Indemnización y restituciones laborales	
- Fallos judiciales	
Otros gastos corrientes	
Aplicación Directa	Transferencias
- Servicios Personal Legal	- Instituciones privadas sin fines de ganancias
- Material de consumo (farmacológicos, médico hospitalario)	- Municipios (Constitucional y material de consumo)
- Servicio Persona Natural	- Estados
- Otros gastos de personal – contratos subcontratación	- Unión
- Fallos judiciales	

Fuente: elaboración propia con base en elSIOPS.

Gráfico 3.22. Distribución del gasto sanitario corriente por categorías - media estatal (en %)



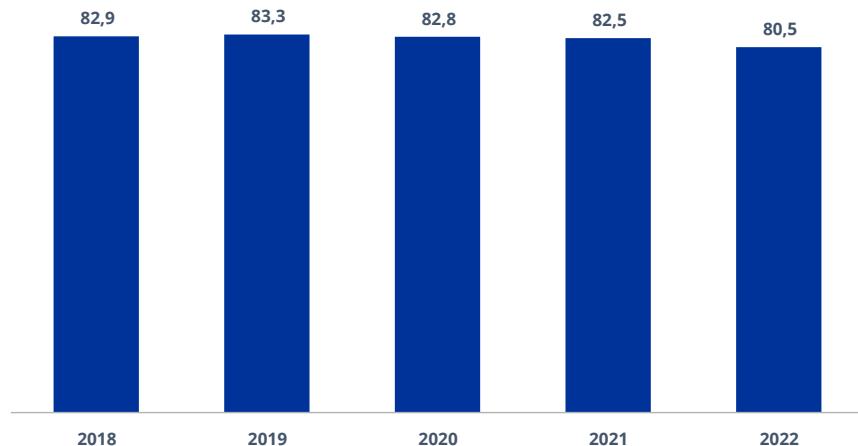
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 3.22 muestra que la pandemia significó una caída en la distribución de los gastos corrientes, con una disminución de la participación de los gastos en “personal y cargas sociales” (en un 16,7%) y un aumento de los “otros gastos corrientes” (4%) y de los pagos de “intereses y cargas de la deuda” (57%). Sin embargo, es importante subrayar que la reducción del gasto en “personal y cargas sociales” refleja más el aumento del número de trabajadores vinculados al SUS en la modalidad PJ - fenómeno que se ha dado en llamar “pejotização” - que una caída real del gasto en mano de obra.

El análisis de los **gastos directos** de aplicación en “personal y cargas sociales” muestra una caída de su participación después de la pandemia (gráfico 3.23 A) debido al aumento relativo de las transferencias a los municipios. Entre los gastos directos de “personal y cargas sociales”, más de la mitad corresponden a “salarios y prestaciones fijas del personal civil”, mientras que los “contratos de duración determinada” son un tipo de gasto que ha ido creciendo con el tiempo. Juntos, estos dos tipos de gastos representan, por término medio, el 64% de los gastos directos en “personal y cargas sociales” de las UF^{XLI}.

XLI El 36 % restante se distribuye entre las partidas “salarios y prestaciones fijas del personal militar”, “otros gastos variables de personal”, “indemnizaciones y restricciones laborales” y “sentencias judiciales”.

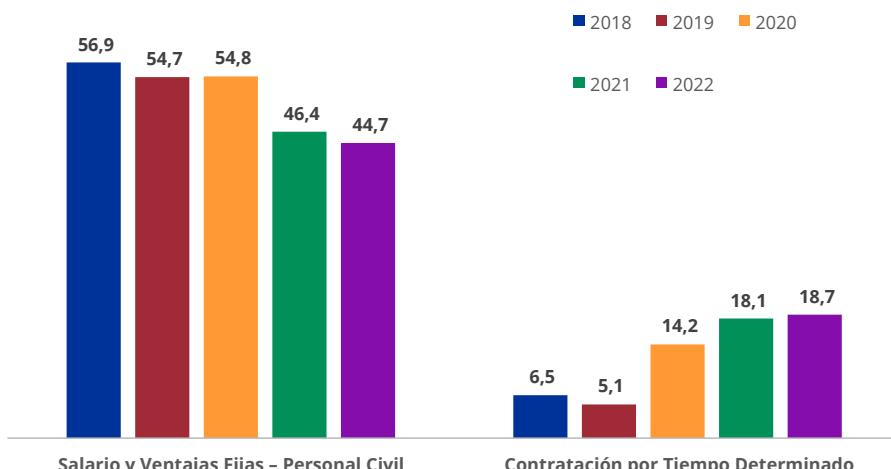
Gráfico 3.23 A. Porcentaje de gastos directos en relación con los gastos de personal y cargas sociales - media estatal (en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 3.23 B muestra que, una vez más, la pandemia parece haber sido un punto de inflexión, con una caída en la proporción del gasto en “salarios y ventajas fijas para el personal civil” y una casi duplicación de la proporción del gasto en contratos de duración determinada. Cabe mencionar que, incluso después del final de la pandemia, la proporción de contratos de duración determinada aumentó aproximadamente 0,5 puntos porcentuales en comparación con el bienio 2020-2021.

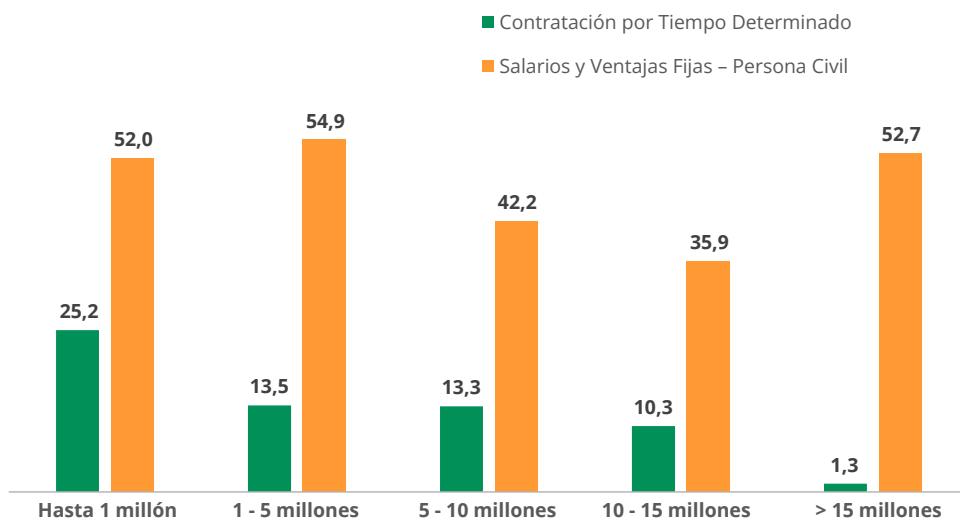
Gráfico 3.23 B. Desglose del gasto directo en personal y cotizaciones sociales - media estatal (en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 3.24 A muestra que el gasto en salarios fijos del personal representa más de la mitad del gasto directo en “personal y cotizaciones sociales” en los extremos del tamaño de la población de los estados, lo que ocurre tanto en los estados con una población inferior a 5 millones como en los que tienen más de 15 millones de habitantes. En cambio, el gasto en contratos temporales es más elevado en los estados menos poblados (25,2%), y se mantiene relativamente estable en los estados con una población de entre 1 y 15 millones de habitantes (13,5% a 10,3%).

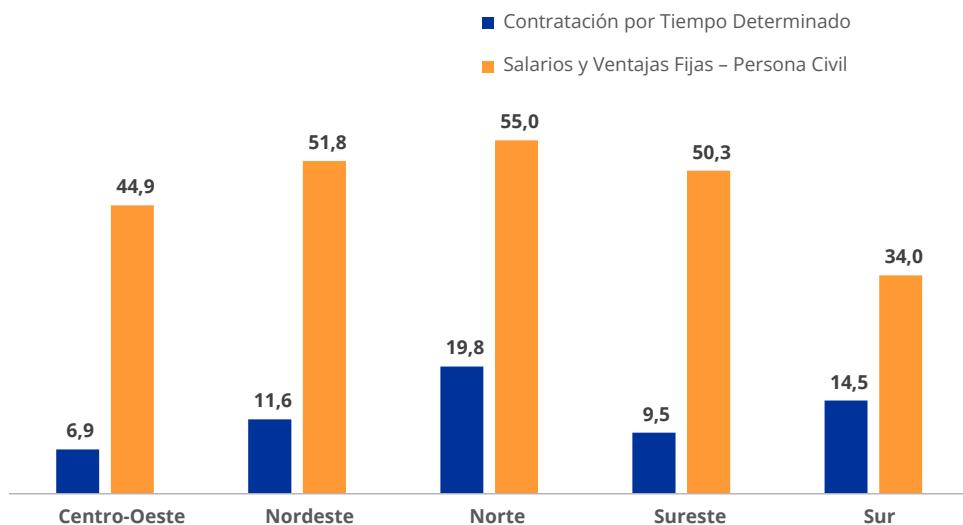
Gráfico 3.24 A. Cuentas seleccionadas de la Aplicación Directa del Gasto en personal y cargas sociales por grupos de población - media estatal (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

En cuanto al comportamiento regional, el Gráfico 3.24 B muestra que la participación del gasto en contratos temporales es mayor en el Norte (19,8%) y menor en el Centro-Oeste (6,9%).

Gráfico 3.24 B. Cuentas Seleccionadas de la Aplicación Directa del Gasto en Personal y Cargas Sociales por Región - Media Estatal (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Llama la atención la proporción inferior al 50% del gasto en salarios fijos en el Sur y Centro-Oeste. Esto se debe a un efecto estadístico al calcular las medias regionales. Debido a la falta de normalización en la cumplimentación de diversas rúbricas, es habitual que las UF declaren gastos en subfunciones específicas y/o categorías económicas de forma muy heterogénea, lo que dificulta la comparación entre entidades e incluso a lo largo del tiempo.

El análisis de los gastos en “sueldos y prestaciones fijas - personal civil” mostró que algunos estados habían puesto a cero este gasto, lo que significa que el coste de este tipo de gasto probablemente se está contabilizando en otra cuenta. La Tabla 3.13 muestra las UF que no registraron importes para este tipo de gasto y el período en que esto ocurrió. Cabe señalar que cuatro estados tuvieron esta cuenta a cero para todo el período (Ceará, Maranhão, Rio Grande do Sul y Goiás); mientras que para otros estados, la inexactitud ocurrió en algunos años específicos. Este tipo de discrepancia afecta a la media regional, causando esta alta variación en la proporción media de este tipo de gasto - en este caso, 34% para Rio Grande do Sul, y 44,9% para el Centro-Oeste.

Tabla 3.13. Indicación de las unidades federativas que tienen un gasto nulo en “salarios y prestaciones fijas – personal civil” – período 2018 a 2022

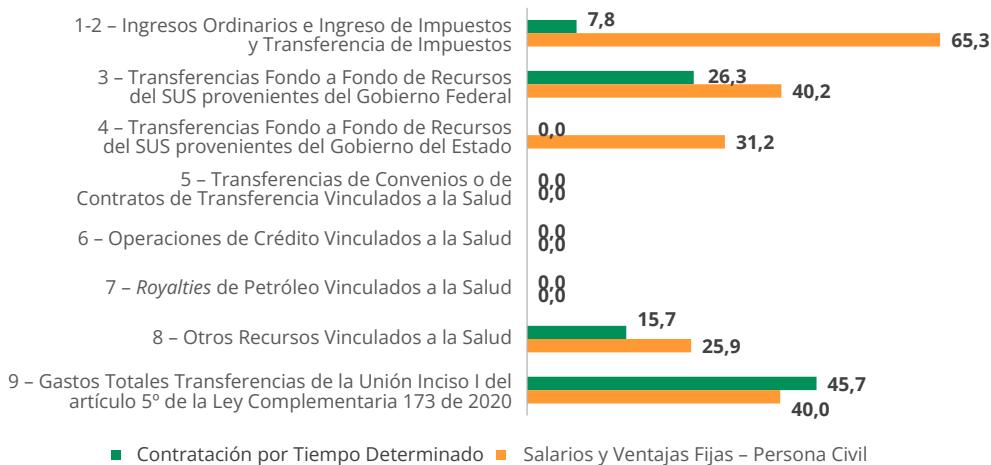
Región	Nº de UF em la región	UF	2018	2019	2020	2021	2022
Norte	7	Amapá					X
Nordeste	9	Maranhão		X	X	X	X
		Ceará		X	X	X	X
		Paraíba		X	X	X	
		Alagoas		X	X	X	
		Sergipe		X	X		
Sureste	4	Rio de Janeiro		X	X		X
		São Paulo			X	X	X
Sur	3	Rio Grande do Sul		X	X	X	X
Centro-Oeste	4	Goiás		X	X	X	X
		Distrito Federal			X		
Brasil	27		8	10	7	5	7

Fuente: SIOPS – elaboración propia.

Una opción sería calcular la media solo con las UF que tienen valores distintos de cero para los gastos de interés. Sin embargo, esto implicaría que, para cada año, obtendríamos la media con un número distinto de UF, lo que haría inviable la comparación a lo largo del tiempo^{XLII}.

XLII En este caso concreto, la proporción del gasto medio entre 2018 y 2022 en “salarios y prestaciones fijas - personal civil” en el total de gastos en “personal y cargas sociales” sería: 65,7 % en el Norte; 75,3 % en el Nordeste; 57,7 % en el Sudeste; 50,2 % en el Sur y 56 % en el Centro-Oeste.

Gráfico 3.24 C. Cuentas seleccionadas de la Aplicación Directa de Gastos con personal y cargas sociales según la fuente de ingresos – promedio de los estados (2018-2022, en %)



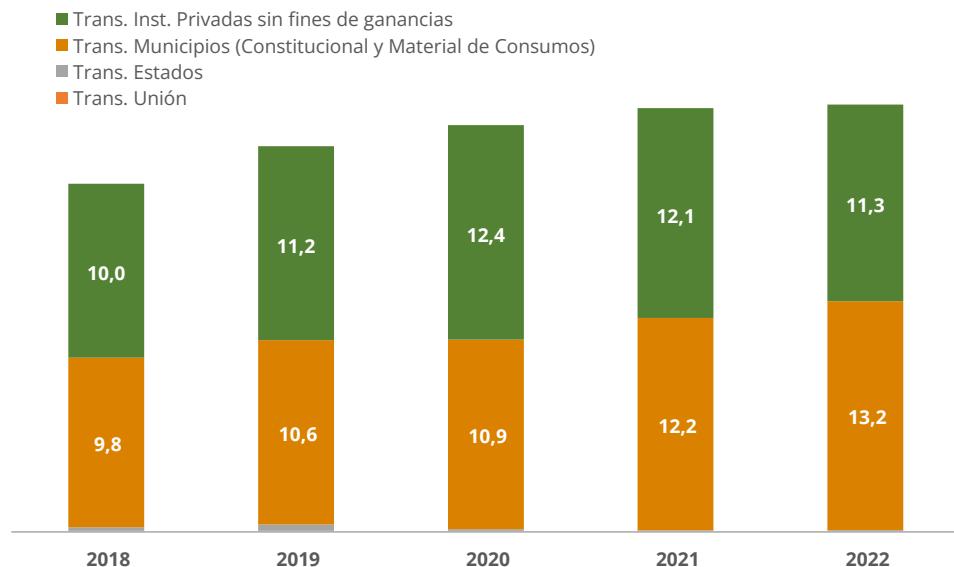
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 3.24 C muestra cómo se asignan los recursos procedentes de cada fuente de ingresos a los gastos de salarios fijos y contratación temporal relacionados con “personal y cargas sociales”. Además de las tres fuentes más importantes para la financiación de la ASPS (véase el gráfico 3.15), los recursos vinculados a la salud (fuente 8) y las transferencias de la Unión relativas a la LC nº 173/2020 (fuente 9) también se utilizan para financiar estos dos gastos.

Sin embargo, dado que los ingresos propios (fuentes 1 y 2) representan prácticamente el 80 % de los recursos destinados a la ASPS, la proporción del 7,8 % de esta fuente para la contratación temporal es muy superior al 45,7 % de la fuente 9 (LC nº 173/2020). Es decir, además de que la mayor parte del gasto en personal y cargas sociales se sufrague con recursos propios, aproximadamente el 73 % de estos ingresos se destina directamente a “personal y cargas sociales”.

En cuanto al gasto en “otros gastos corrientes”, como se ha indicado anteriormente, a nivel estatal representa la gran mayoría de los gastos corrientes en ASPS (81 %). Este gasto es bastante heterogéneo e incluye material de consumo (farmacológico, médico-hospitalario, combustible, etc.), tareas de terceros (servicios médico-hospitalarios, odontológicos y de laboratorio (Sistema de Información Ambulatoria/Sistema de Información Hospitalaria – SIA/SIH), mantenimiento de equipos, energía eléctrica, etc.), gastos con contratos de subcontratación, entre otros. Aproximadamente el 74 % de estos gastos se aplican directamente, y alrededor del 20 % se realiza a través de transferencias a municipios, instituciones privadas sin fines de lucro y otros estados.

Gráfico 3.25. Participación de las transferencias en relación con el total de otros gastos corrientes: media de los estados (en %).



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

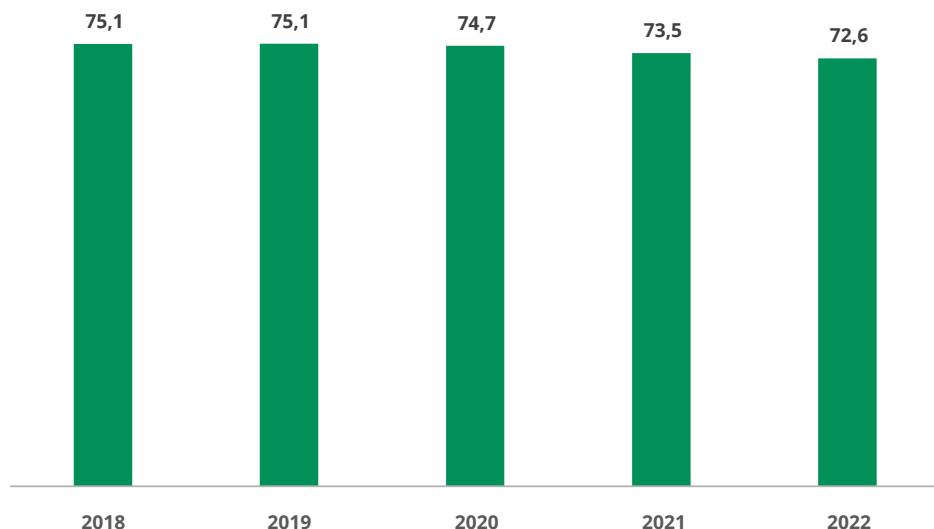
El gráfico 3.25 muestra la evolución de la participación de las transferencias en el total de gastos correspondientes a “otros gastos corrientes”. Observamos que, durante la pandemia (2020-2021), la participación de los recursos destinados a transferencias aumentó aproximadamente un 13,2 %. Este nivel se mantuvo en 2022, cuando el total de transferencias llegó a representar el 24,6 % del total de “otros gastos corrientes”.

Si tomamos el período total, observamos que, a pesar de las transferencias, las instituciones privadas sin fines de lucro crecieron en el bienio 2020-2021 prácticamente en la misma proporción que las transferencias a los municipios; en 2022, su participación era equivalente a la observada un año antes de la pandemia (11,2 %). Entre las regiones, solo en el Sudeste se produjo una disminución de la participación de las transferencias a instituciones privadas en el total de recursos de la cuenta “otros gastos corrientes”. Por su parte, las transferencias a los municipios aumentaron prácticamente 3 pp entre 2022 y el bienio 2018-2019. La mayor parte de ellas se refiere a las transferencias del FAF, que representan aproximadamente el 78 % del total. En términos regionales, el mayor aumento se produjo en el Sur, y una vez más el Sudeste presentó una contracción.

En cuanto a las aplicaciones directas relacionadas con “otros gastos corrientes”, el gráfico 3.26 A muestra que la participación de estos gastos se mantuvo prácticamente

estable a lo largo del período. Los gastos más representativos de esta cuenta, por orden de importancia, son: “otros servicios – Persona Legal”, “material de consumo” (concentrado en farmacológico y médico-hospitalario), “gastos con contratos subcontratados” y “otros servicios de terceros – Persona Natural”, que equivalen aproximadamente al 55,7 % del total de estos gastos.

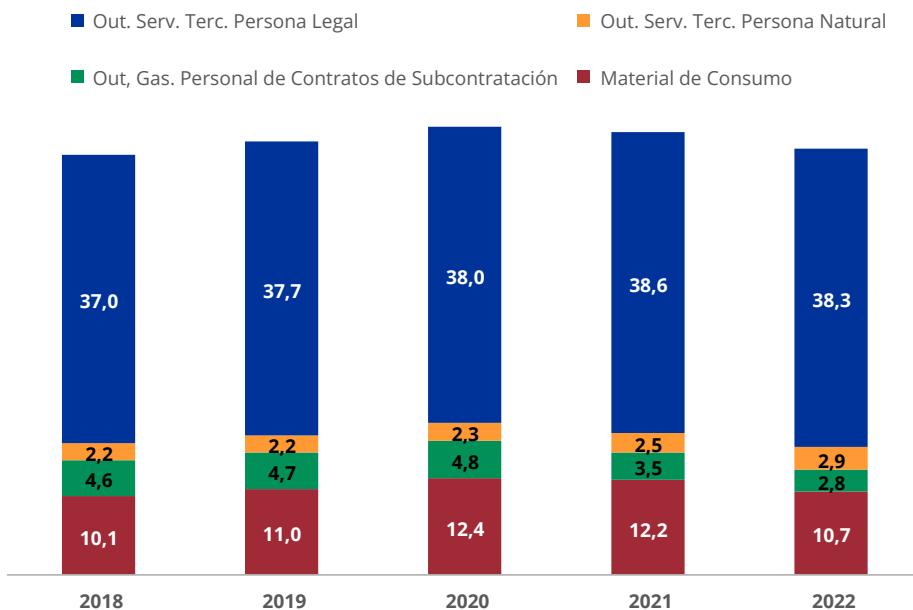
Gráfico 3.26 A. Participación de las aplicaciones directas en relación con el total de otros gastos corrientes – media de los estados (en %).



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 3.26 B muestra que, entre el período prepandémico y 2022, el único gasto que tuvo una participación reducida fue el de “contratos con terceros” (-1,9 pp; o una variación negativa del 40,2 %). Esta contracción se distribuyó casi por igual entre los servicios de terceros, con un aumento de 0,8 pp para las personas naturales (siglas en portugués: *PF*) y de 0,9 pp para las personas legales (siglas en portugués: *PJ*), mientras que la participación del gasto en material de consumo creció de forma residual (0,2 pp).

Gráfico 3.26 B. Composición de las aplicaciones directas del total de otros gastos corrientes: media de los estados (en %).

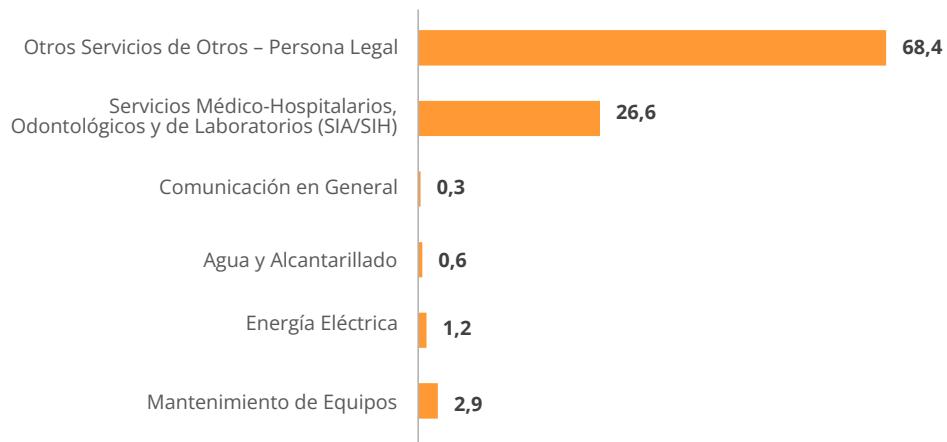


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

También se observa que el gasto con mayor peso es el destinado a “otros servicios de terceros - PJ”, que representa más del 35 % del gasto total de otros gastos corrientes. El gráfico 3.27 A indica que las principales partidas de esta rúbrica se refieren a servicios médicos y hospitalarios, mantenimiento de equipos, energía eléctrica, agua y alcantarillado, además del propio gasto en servicios externalizados PJ. Este último tipo de gasto destina la mayor parte de los recursos a proveedores contratados (68 %), lo que incluye desde la contratación de empresas para análisis clínicos hasta la tendencia a la “*pejotización*” del personal clínico (médicos y enfermeras).

Cabe mencionar que la práctica de contratar al personal clínico por parte de las entidades proveedoras de servicios de salud a través de terceros no es una modalidad nueva en el país, pero fue la Reforma Laboral de 2017 la que liberalizó la subcontratación de manera irrestricta. Como analizamos un período posterior a su aprobación, no es posible captar el cambio antes y después de su implementación. Gráfico 3.27 A. Composición de otros servicios de terceros – PJ – media de los estados (2018-2022, en %).

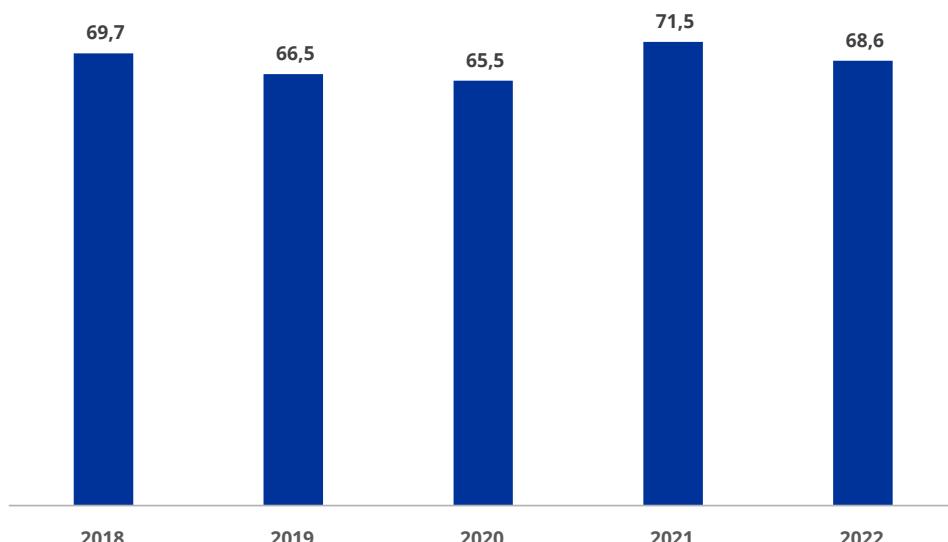
Gráfico 3.27 A. Composición Otros Servicios de Terceros – PJ – promedio de los estados (2018-2022, en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 3.27 B muestra que, a pesar del aumento de la participación del gasto en “otros servicios de terceros – PJ” en el total de otros gastos corrientes que se produjo puntualmente en 2021, en general, esta proporción se mantuvo estable en el período analizado.

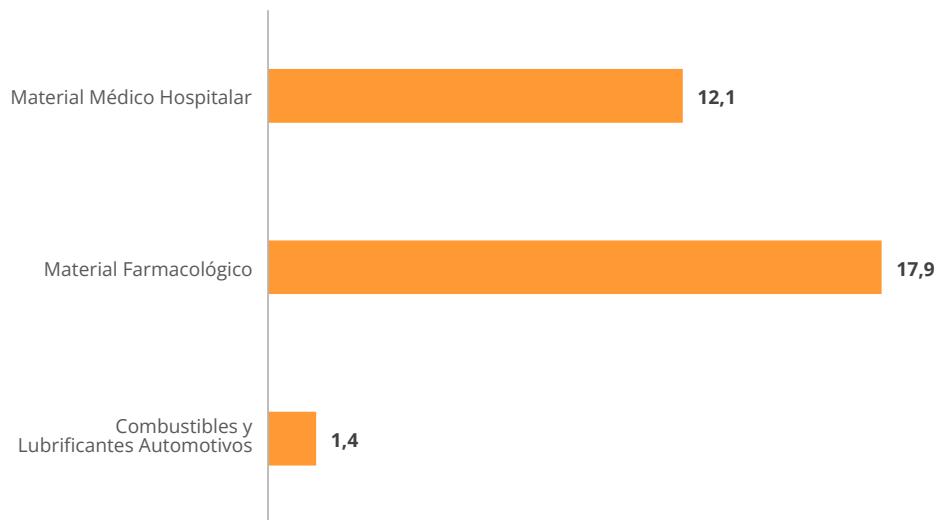
Gráfico 3.27 B. Evolución de la participación de Otros servicios de terceros – PJ – media de los estados (en %)



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

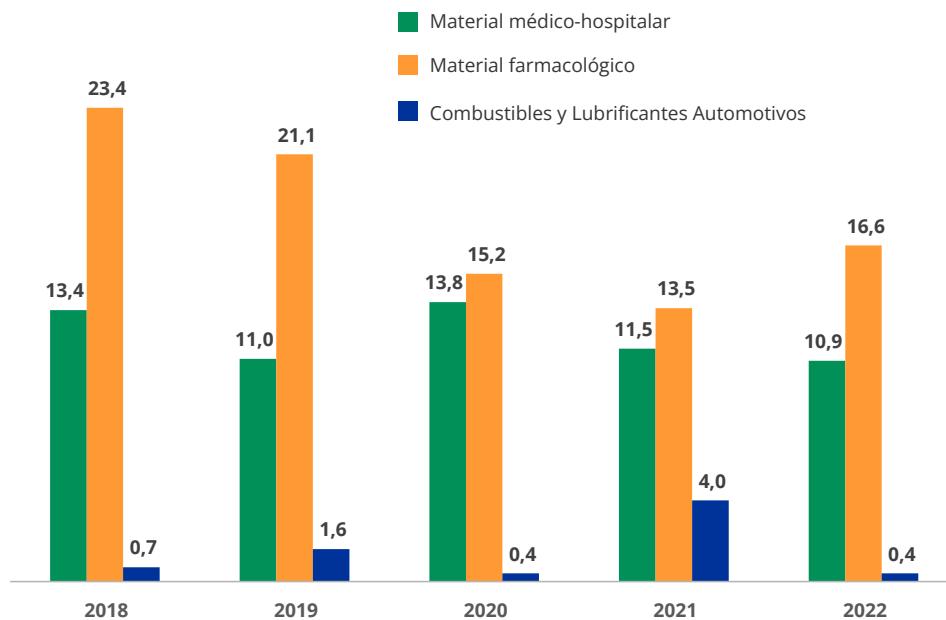
El segundo componente con mayor participación en el gasto con aplicación directa es el gasto con material de consumo. Esta partida incluye muchos elementos, aquí nos centramos en tres de ellos: combustibles, material farmacológico (se resume en medicamentos) y material médico-hospitalario – OPME En conjunto, representan aproximadamente el 31,5 % del gasto total en material de consumo (gráfico 3.28 A). Sin embargo, el gráfico 3.28 B muestra que estos tres elementos han perdido peso, pasando del 36,9 % en 2018 al 27,5 % en 2022.

Gráfico 3.28 A. Composición de los materiales de consumo: media de los estados (2018-2022, en %).



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 3.28 B. Composición de los materiales de consumo en relación con el total de otros gastos corrientes: media de los estados (2018-2022, en %).



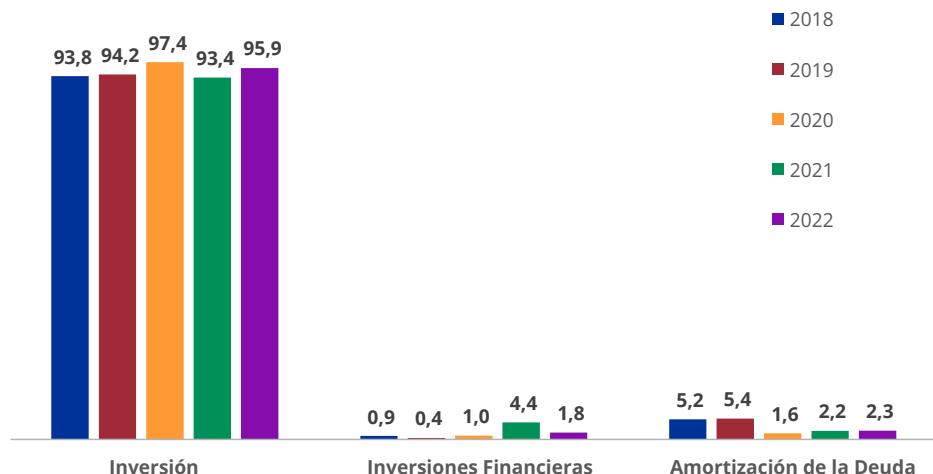
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

3.2.2B. GASTOS DE CAPITAL EN ASPS

Como hemos visto, entre 2018 y 2022, los gastos de capital representaron un porcentaje medio de solo el 3,5 % del gasto en ASPS, y dentro de esta categoría económica, la asignación de recursos sigue destinándose a inversión (94,9 %), inversión financiera (1,95 %) y amortización de la deuda (3,14 %).

El gráfico 3.29 muestra que la mayor proporción del gasto en inversión se produjo precisamente en 2020, cuando alcanzó el 97,4 % del gasto total de capital en ASPS. Aunque esta participación no se ha mantenido, en 2022 hemos alcanzado un nivel superior al registrado antes de la pandemia. Además, la proporción del gasto de capital en relación con el total en ASPS en 2022 fue la mayor observada en el período analizado (4,4 %), lo que hizo que el gasto en inversión alcanzara los 6.300 mil millones de reales.

Gráfico 3.29. Distribución de los gastos de capital en salud por categoría – promedio de los estados (en %)

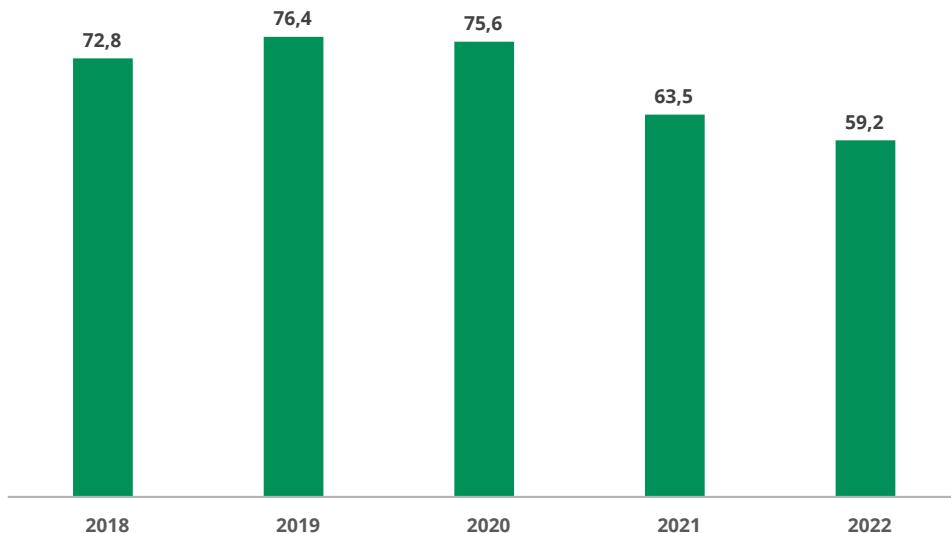


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Entre 2018 y 2022, la región Norte fue la que presentó la mayor participación de inversiones en gastos de capital (99 %), y la región Nordeste, la menor (92,1 %). Al igual que ocurre con las cuentas específicas del gasto corriente, la partida de inversiones también se calcula según los valores destinados a transferencias y aplicaciones directas. En el período analizado, las aplicaciones directas representaron aproximadamente el 70 % del importe total destinado a inversiones.

El gráfico 3.30 A muestra un cambio importante en la tendencia tras la pandemia, con la reducción de la participación del gasto en inversiones directas en el total de inversiones. Esta reducción se produjo en todas las regiones, siendo más intensa en el sudeste, donde esta proporción se redujo del 61,7 % en 2018 al 31,5 % en 2022.

Gráfico 3.30 A. Porcentaje de aplicación directa en relación con el gasto de inversión: media de los estados (en %).

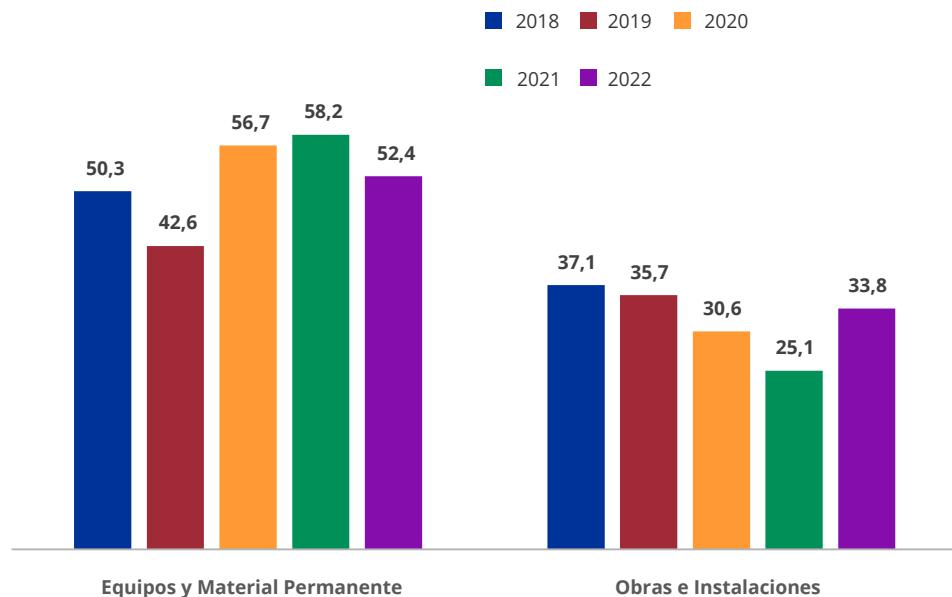


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 3.30 A presenta los dos tipos de gasto de aplicación directa en inversiones de capital más relevantes: i) equipo y material permanente; y ii) obras e instalaciones. Estas dos partidas juntas representan prácticamente el 75 % del gasto total en inversión mediante aplicación directa. La primera partida se refiere al gasto en “aparatos, equipos, utensilios odontológicos, de laboratorio y hospitalarios”, que en el período analizado representó más de la mitad del gasto total en inversión (52,7 % de media).

La información del gráfico 3.30 B muestra que la participación de los gastos en equipos y material permanente después de la pandemia fue 5,9 pp superior a la media del bienio 2018-2019 (prepandemia). Además, como era de esperar, fue durante el período de la pandemia (2020-2021) cuando estos gastos alcanzaron la mayor participación en los gastos de inversión (un promedio del 57,5 %).

Gráfico 3.30 B. Composición de las aplicaciones directas de los gastos de inversión – media de los estados (en %).



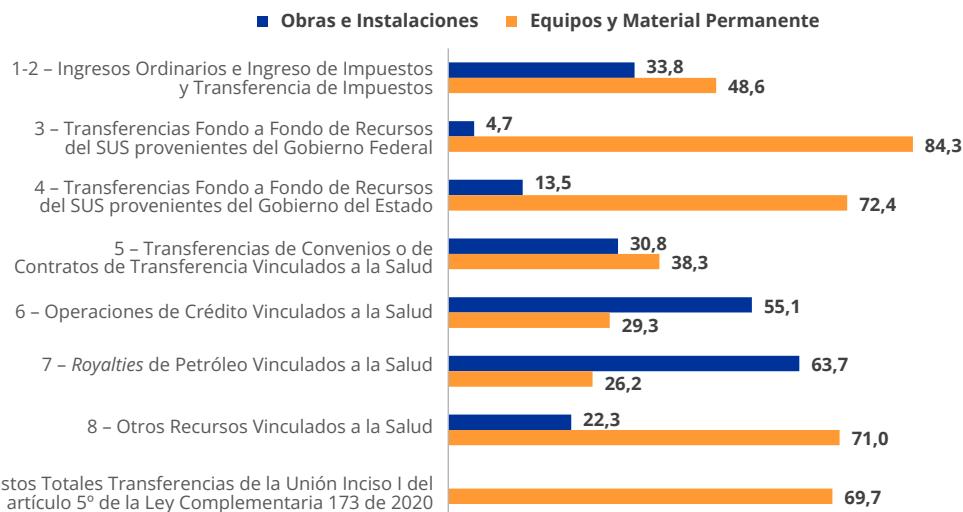
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Este aumento en la proporción de los gastos de capital destinados a equipos y material permanente se produjo a costa de la reducción de la participación del gasto en obras e instalaciones. Así, este último elemento de los gastos en aplicación directa redujo su participación en aproximadamente 8,6 pp entre 2020 y 2021 en relación con 2018 y 2019, para volver a crecer en 2022. Sin embargo, se observa que la participación del gasto en obras e instalaciones en 2022 aún no había vuelto a los niveles observados antes de la pandemia.

Es habitual que la dinámica entre estos dos tipos de gastos de inversión sea la siguiente: la participación del gasto en equipos y material permanente es mayor que la de obras e instalaciones. Sin embargo, en el caso de Brasil, observamos una discrepancia muy grande. Los datos de la OCDE indican que, para este grupo de países, el gasto de inversión se distribuye de la siguiente manera: 46 % en equipos y material permanente, 40 % en obras e instalaciones y 14 % en propiedad intelectual. En este caso, el gasto en equipos es solo del 15 % (o 6 pp) del gasto en obras e instalaciones. En Brasil, esa misma diferencia es de aproximadamente el 60 % (o 19,6 pp). Tal discrepancia lleva a entender que no solo el nivel de gastos en capital ASPS es bajo, sino que también la asignación de gran parte de los recursos de inversión se concentra en el mantenimiento de la estructura vigente, y no en su ampliación.

El gráfico 3.31 muestra que las fuentes de recursos que contribuyen a ampliar el gasto en obras e instalaciones son: ingresos propios de los estados (fuentes 1-2), transferencias de convenios/contratos, operaciones de crédito y regalías del petróleo. Paralelamente, la gran mayoría de los recursos del FAF del gobierno federal (84 %) se destina a gastos en equipos y material permanente. Los recursos del FAF del gobierno estatal son menos relevantes en términos generales, pero aun así, en su gran mayoría, se destinan a gastos en equipos y material permanente (72,4 %).

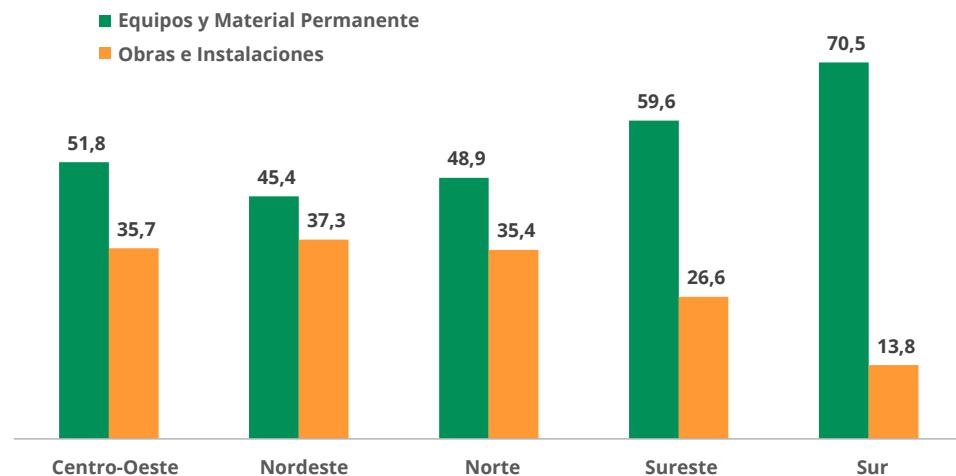
Gráfico 3.31. Cuentas seleccionadas de la Aplicación Directa de los gastos de inversión por fuente de ingresos – promedio de los estados (2018-2022, en %).



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

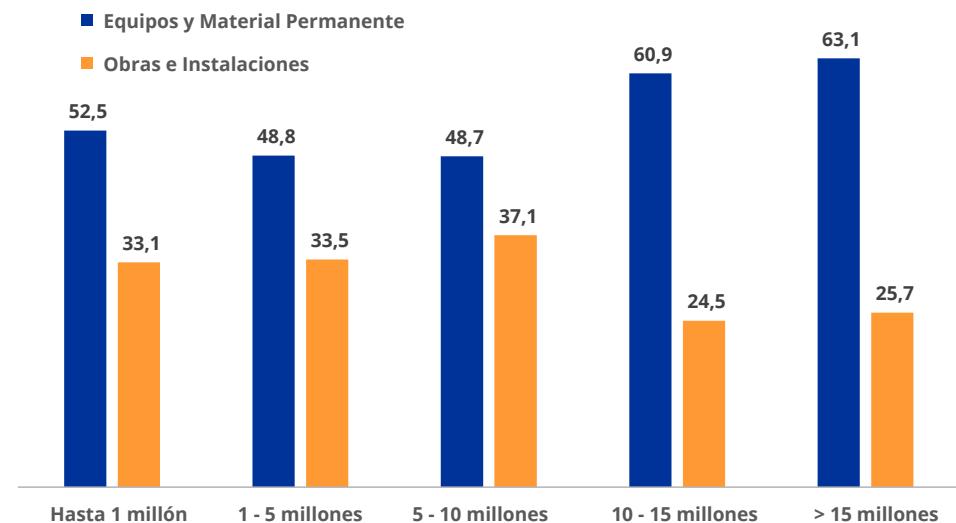
Siguiendo con la dinámica de la asignación de recursos de capital destinados a inversiones en ASPS, los gráficos 3.32 A y B nos muestran las regiones y el tamaño de las UF (en términos de población) que destinan una mayor proporción del gasto de capital a obras e instalaciones.

Gráfico 3.32 A. Cuentas seleccionadas de la aplicación directa de los gastos de inversión por región – media de los estados (2018-2022, en %).



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 3.32 B. Cuentas seleccionadas de la aplicación directa de los gastos de inversión por rango de población – media de los estados (2018-2022, en %).



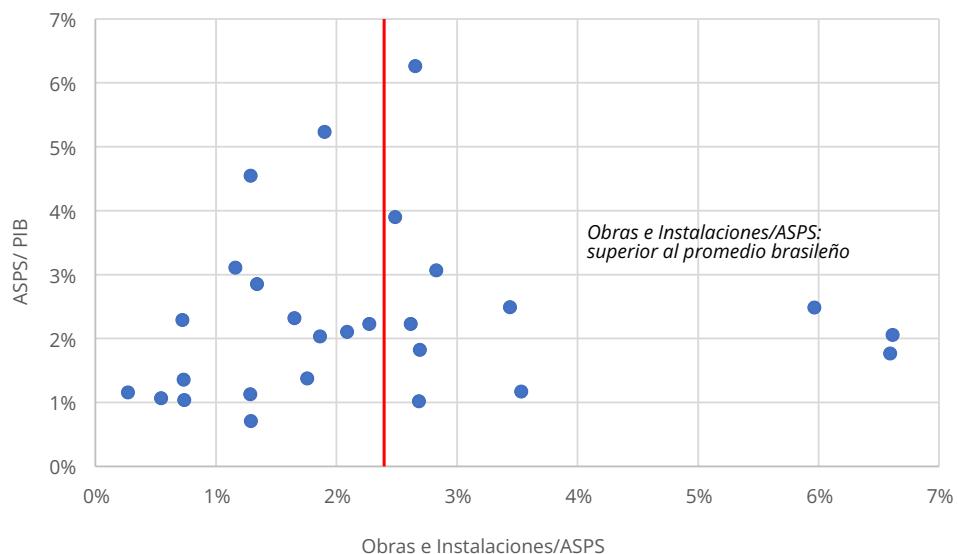
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Los datos muestran que son los estados federales de las regiones Norte, Nordeste y Centro-Oeste los que mantienen, en promedio, la participación del gasto en obras e instalaciones en el nivel del 35 % del gasto de aplicación directa en capital ASPS, ya que

las regiones Sur y Sudeste se sitúan por debajo del 30 %. Además, contrariamente a lo que se podría pensar, las UF más pobladas (al menos 10 millones de habitantes) presentan una menor participación del gasto en obras e instalaciones. Por su parte, los estados con hasta 5 millones de habitantes gastan aproximadamente el 33 % de los gastos de aplicación directa en obras e instalaciones, y los mayores gastos proporcionales en capital (37 %) los realizan seis UF con una población de entre 5 y 10 millones de habitantes^{XLIII}.

El gráfico 3.33 muestra la relación entre la participación del gasto en obras e instalaciones en el gasto en ASPS y la proporción del PIB estatal destinado a ASPS. Entre 2018 y 2019, las UF gastaron, en promedio, el 2,33 % del gasto en ASPS en obras e instalaciones (línea vertical roja en el gráfico). Hay 11 UF por encima de la media, entre las que la proporción mínima de obras e instalaciones/ASPS es del 2,50 % y la máxima, del 6,60 %. La visualización Gráfico no permite identificar ninguna correlación (positiva o negativa) entre el gasto en ASPS/PIB y la participación de las inversiones en obras e instalaciones sobre el total de gastos en ASPS. Cabe señalar que el estado con mayor proporción de ASPS/PIB presenta una relación entre el gasto en obras e instalaciones y el ASPS ligeramente superior a la media nacional (2,65 %); o bien, el estado con mayor participación del gasto en obras e instalaciones en el ASPS (6,60 %) solo destina el 2 % de su PIB al ASPS.

Gráfico 3.33. Relación entre la participación del gasto en obras e instalaciones sobre el gasto total en ASPS y la proporción de ASPS sobre el PIB: media de los estados (2018-2022).



La ausencia de una relación directa entre el gasto en obras e instalaciones y la proporción del PIB estatal que se destina a ASPS no nos permite identificar un perfil de gasto en ASPS que favorezca la inversión en la expansión/reposición de la red estatal de salud. Aunque la elevada proporción del gasto en equipos y material permanente (en detrimento del gasto en obras e instalaciones) es mayor en las regiones Sudeste y Sur, es generalizada en términos de tamaño de la población de la UF. Es decir, independientemente de las características locales en cuanto a la necesidad de servicios de salud y/o la complejidad de la oferta y la gestión de la red, el bajo gasto en obras e instalaciones indica que el riesgo de deterioro de las estructuras de salud es una realidad posible.

3.3 ENCUESTA EN LÍNEA CON LAS SECRETARÍAS ESTATALES DE SALUD

La gestión de los gastos sanitarios es especialmente compleja. Cada unidad federal tiene sus propias peculiaridades y se enfrenta a demandas específicas en cuanto al mando, control y supervisión de los servicios ASPS ofrecidos. Por este motivo, resulta difícil definir una categorización común de los gastos que se registran en una u otra partida.

Además, entendemos que los constantes cambios en la agregación de las cuentas del SIOPS también dificultan la creación de una cultura organizativa en la que las decisiones sobre la asignación de recursos se basen en evidencias comunes. Este panorama perjudica el intercambio de experiencias entre los gestores sanitarios.

Con el fin de comprender mejor cómo las Secretarías de Salud alimentan y utilizan el SIOPS, aplicamos un cuestionario en línea dirigido a los gestores. Esta encuesta se compuso de cuatro partes específicas:

- I. Gastos corrientes y Gastos de capital;
- II. Fuentes de ingresos disponibles para las ASPS;
- III. Gastos por subfunciones típicas de la salud; y
- IV. Producción de datos y envío de información al SIOPS.

Tabla 3.14. Principales resultados de la encuesta de Conass a los secretarios de salud.

Región	Dificultad en la Ejecución		Sistema monitoreo propio de los gastos en ASPS	Previsión de los ingresos destinados a la salud es estable
	Gasto Corriente	Gasto Capital		
Norte	33,3%	50,0%	16,7%	16,7%
Nordeste	28,6%	42,9%	57,1%	50,0%
Sureste	25,0%	75,0%	100%	50,0%
Sur	0,0%	0,0%	66,7%	16,7%
Centro-Oeste	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%
Brasil	21,7%	39,1%	47,8%	47,8%

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Los secretarios de salud tuvieron un plazo de tres meses durante el segundo semestre de 2023 para enviar sus respuestas. Al final, contamos con una participación del 85,2 % (23 secretarías de salud).

En resumen, las respuestas al cuestionario en línea indicaron que:

- Existen dificultades en la ejecución del gasto de capital;
- En cuanto a la clasificación de los gastos por el SIOPS, el 17,4 % de las secretarías encuestadas señalan que tienen dudas sobre la mejor forma de contabilizarlos;
- Menos de la mitad de las secretarías cuentan con un sistema propio de seguimiento de la ejecución de los gastos en ASPS;
- La previsión de ingresos destinados a la salud se mantiene estable para menos de la mitad de las Secretarías encuestadas (47,8 %);

Elevada percepción de que el estado necesita asignar una gran parte de sus propios recursos a la salud;

La mayoría de las Secretarías utilizan los datos enviados al SIOPS para la planificación de la cartera;

La mayor parte de las Secretarías desearía disponer de un panel de datos.

En nuestra opinión, este proyecto es un primer paso para que las SES tengan una visión amplia y, al mismo tiempo, circunscrita a la participación de las principales fuentes de ingresos en los gastos de salud. Al proporcionar una imagen regional de la financiación de las ASPS, queremos fomentar el intercambio de experiencias locales y, de este modo, ampliar el debate sobre los cuellos de botella existentes en la aplicación y ejecución de los recursos dedicados a las acciones y servicios de salud a nivel estatal.

3.4 CONCLUSIÓN

Este capítulo ha detallado las cuentas públicas en materia de salud de los estados. Cabe señalar que, a pesar de la razonable autonomía fiscal, los estados aún están lejos de lograr igualar la gestión financiera hasta el punto de aumentar considerablemente el gasto en inversión. En primer lugar, hemos mostrado cómo la autonomía fiscal es desigual no solo entre regiones, sino también dentro de cada región. Esta situación complica aún más la igualación de los recursos proporcionales a la población entre las diferentes entidades.

Además, las diferencias en cuanto al grado de relevancia de las transferencias federales en relación con los gastos corrientes prácticamente dividen a Brasil en dos áreas. Por un lado, tenemos el Norte y el Nordeste, con menor capacidad de recaudación y una elevada participación de las transferencias federales (FAF) en los ingresos corrientes; por otro, el Sudeste, el Sur y el Centro-Oeste, cuya participación de las transferencias federales representa mucho menos de la mitad de los recursos.

El segundo punto relevante se refiere al perfil de gastos. Cabe destacar que los gastos en ASPS de los estados se concentran en las subfunciones AHA y Administrativa. Entre las demás, SPT es la más significativa, mientras que las Vigilancias Sanitaria y Epidemiológica mostraron una participación marginal. Vale la pena mencionar que ambas Vigilancias mostraron un crecimiento durante la pandemia, pero que el gasto se redujo ya en 2022. El cruce entre subfunción y fuente de recursos indica que la gran mayoría de los gastos en AHA y la función Administrativa provienen de recursos propios de los estados (suma de los ingresos ordinarios, impuestos y recursos de transferencias constitucionales de impuestos). Solo los gastos con Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica tienen como fuente principal los recursos del FAF del gobierno federal.

Aunque todas las regiones mantienen más de la mitad del gasto en AHA con ingresos propios, existen diferencias significativas según la región y/o el perfil poblacional del estado. Los datos de gastos por subfunción-fuentes de recursos muestran que las regiones Norte y Nordeste tienen una mayor diversificación en cuanto a las fuentes de

recursos. En este caso, solo los tres estados con una población de entre 10 y 15 millones de habitantes presentan un mayor equilibrio entre las fuentes de financiación.

El último punto se refiere a la distribución de los recursos entre gastos corrientes y de capital. Los datos confirman que los recursos se destinan casi en su totalidad a gastos corrientes. Esto revela que el elevado peso que supone mantener los servicios ya existentes exige prácticamente la totalidad de los recursos, lo que compromete las inversiones en nuevas estructuras que podrían ampliar el acceso de la población. Es decir, existe hoy en día un límite que restringe el margen de maniobra de los gestores estatales en cuanto a la asignación de recursos a infraestructuras, en particular a obras e instalaciones. Al final del estudio, se observa que, sin un esfuerzo dirigido, es difícil que las UF, por sí solas, logren ampliar el gasto de capital para renovar y ampliar la infraestructura sanitaria.

Por último, creemos que este estudio muestra el complejo contexto de la gestión financiera de los recursos sanitarios a nivel estatal. Se sabe que, aunque la capacidad de generar recursos fiscales es desigual entre las UF, la necesidad de inversión es apremiante para todas. Ante este panorama, llaman la atención la desigualdad regional y la urgencia de diversificar las fuentes de recursos para ampliar la inversión en infraestructura (obras e instalaciones).

Dado que la posibilidad de ampliar la participación de los recursos federales en la financiación de la salud parece limitada, se recomienda ampliar los recursos mediante transferencias de convenios o contratos de transferencia que no procedan del SUS. Además, es urgente realizar un análisis detallado de cada política o programa de salud para verificar si están cumpliendo con los objetivos. Correspondrá a cada estado verificar si existe o no margen para la reasignación de gastos, optimizando aún más el presupuesto público con el fin de abrir espacio para el gasto de capital.

En esta perspectiva, es fundamental que se tengan en cuenta las especificidades locales relativas a las características epidemiológicas y la carga de morbilidad, de modo que el gasto en salud no sea exclusivamente eficiente, sino también equitativo y orientado a las necesidades de la población. Creemos que las recomendaciones sugeridas contribuyen a que se reevalúe la gestión financiera de la salud de los estados, a fin de lograr un mayor equilibrio en los gastos.

3.5 APÉNDICE

GASTOS DE LOS ESTADOS

Tabla A1. Gasto total en ASPS en R\$ millones (nominal) – Brasil

Subfunción	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio 2018-2022	Participación 2018-2022 (%)
301 – Atención Básica	2.256	3.489	3.450	4.359	4.616	3.634	3,26
302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	54.720	60.405	66.743	81.518	91.933	71.064	63,75
303 – Sop. Prof. Terapéutico	5.069	5.527	6.117	5.690	6.332	5.747	5,16
304 – Vig. Sanitaria	115	109	162	247	210	169	0,15
305 – Vig. Epidemiológica	742	506	2.855	2.973	1.324	1.680	1,51
306 – Alimentación y Nutrición	386	393	357	309	249	339	0,30
Administrativa	23.472	22.914	24.497	28.100	30.602	25.917	23,25
Información Complementaria	2.223	2.302	3.856	2.931	3.293	2.921	2,62
Norte	88.983	95.644	108.037	126.126	138.560	111.470	100

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Gastos liquidados

Tabla A2. Total de gastos del estado en ASPS en R\$ millones (valores reales: ene./2023)

Subfunción*	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio 2018-2022
AB – Atención Básica	2.879	4.268	4.038	4.635	4.616	4.087
AHA – At. Hospitalaria y Ambulatoria	69.823	73.894	78.120	86.690	91.933	80.092
SPT – Sop. Prof. Terapéutico	6.468	6.761	7.159	6.051	6.332	6.554
SAN – Vig. Sanitaria	147	133	189	263	210	188
EPI – Vig. Epidemiológica	946	619	3.342	3.162	1.324	1.879
A&N – Alimentación y Nutrición	492	481	418	328	249	394
ADM – Administrativa	29.950	28.031	28.673	29.883	30.602	29.428
Información Complementaria	2.837	2.816	4.513	3.117	3.293	3.315
Brasil	113.543	117.004	126.452	134.130	138.560	125.938

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Gastos liquidados

Tabla A3. Gasto total ASPS en R\$ millones (nominal) – según la región

	Subfunción*	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio 2018-2022	Participación 2018-2022 (%)
Norte	301 – Atención Básica	156,8	266,3	105,1	165,2	227,2	184,1	1,37
	302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	6.196,0	6.219,1	6.390,5	7.525,4	9.203,5	7.106,9	52,81
	303 – Sop. Prof. Terapéutico	316,5	334,8	256,1	328,0	408,3	328,7	2,44
	304 – Vig. Sanitaria	14,7	10,0	9,5	3,3	12,6	10,0	0,07
	305 – Vig. Epidemiológica	81,8	59,7	48,9	63,6	80,5	66,9	0,50
	306 – Alimentación y Nutrición	1,8	7,1	0,0	0,0	0,0	1,8	0,01
	Administrativa	3.574,0	3.584,8	4.979,4	7.057,4	7.478,0	5.334,7	39,64
	Información Complementaria	113,8	35,5	1.420,5	386,4	159,5	423,1	3,14
	Norte	10.455	10.517	13.210	15.529	17.570	13.456	100
Nordeste	301 – Atención Básica	291,4	400,5	458,9	453,3	841,3	489,1	1,83
	302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	13.517,9	16.387,6	17.261,6	20.762,8	24.136,2	18.413,2	68,79
	303 – Sop. Prof. Terapéutico	598,8	604,0	720,4	793,9	979,0	739,2	2,76
	304 – Vig. Sanitaria	39,7	52,1	7,0	8,8	10,9	23,7	0,09
	305 – Vig. Epidemiológica	137,9	125,5	1.007,3	1.236,7	480,7	597,6	2,23
	306 – Alimentación y Nutrición	15,4	14,8	0,8	0,9	0,9	6,5	0,02
	Administrativa	5.808,2	5.198,2	6.000,6	6.287,8	7.287,9	6.116,5	22,85
	Información Complementaria	409,8	364,8	325,7	380,2	435,6	383,2	1,43
	Nordeste	20.819	23.148	25.782	29.924	34.172	26.769	100
Sureste	301 – Atención Básica	994,2	1.916,8	1.684,1	2.415,5	2.291,7	1.860,5	4,28
	302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	25.145,4	27.268,5	30.687,4	38.829,0	42.056,4	32.797,3	75,46
	303 – Sop. Prof. Terapéutico	2.463,1	2.660,3	2.836,1	2.699,5	3.084,8	2.748,7	6,32
	304 – Vig. Sanitaria	45,4	32,8	108,3	186,5	128,6	100,3	0,23
	305 – Vig. Epidemiológica	436,6	221,7	1.303,9	903,9	521,8	677,6	1,56
	306 – Alimentación y Nutrición	143,5	146,4	138,9	132,4	130,0	138,2	0,32
	Administrativa	5.017,5	4.226,4	2.653,8	3.490,4	3.225,1	3.722,6	8,57
	Información Complementaria	809,2	1.255,3	1.589,3	1.503,4	1.928,2	1.417,1	3,26
	Sureste	35.055	37.728	41.002	50.161	53.367	43.462	100

Tabla A3. Gasto total ASPS en R\$ millones (nominal) – según la región

	Subfunción*	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio 2018-2022	Participación 2018-2022 (%)
Sur	301 – Atención Básica	584,3	584,3	776,0	1.067,6	927,9	788,0	5,08
	302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	6.908,3	6.992,3	7.663,2	8.041,5	8.715,2	7.664,1	49,36
	303 – Sop. Prof. Terapéutico	1.192,2	1.351,3	1.774,6	1.426,7	1.464,0	1.441,8	9,29
	304 – Vig. Sanitaria	7,2	6,6	30,8	44,9	52,1	28,3	0,18
	305 – Vig. Epidemiológica	55,9	55,3	278,7	633,2	135,5	231,7	1,49
	306 – Alimentación y Nutrición	92,2	89,7	68,1	105,9	0,0	71,2	0,46
	Administrativa	3.855,6	3.813,9	4.649,1	5.195,3	6.137,2	4.730,2	30,47
	Información Complementaria	732,5	506,7	481,9	532,0	599,3	570,5	3,67
Sur		13.428	13.400	15.722	17.047	18.031	15.526	100
Centro-Oeste	301 – Atención Básica	229,2	321,2	425,9	257,2	328,2	312,3	2,55
	302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	2.952,8	3.537,1	4.740,5	6.359,0	7.821,6	5.082,2	41,46
	303 – Sop. Prof. Terapéutico	498,5	576,6	529,7	441,9	395,8	488,5	3,99
	304 – Vig. Sanitaria	8,5	7,1	6,1	3,5	6,0	6,2	0,05
	305 – Vig. Epidemiológica	29,5	44,2	216,4	135,9	105,8	106,4	0,87
	306 – Alimentación y Nutrición	132,7	135,2	149,4	69,4	118,3	121,0	0,99
	Administrativa	5.216,2	6.090,3	6.214,6	6.068,8	6.474,0	6.012,8	49,06
	Información Complementaria	158,2	139,6	38,7	129,5	170,6	127,3	1,04
Centro-Oeste		9.226	10.851	12.321	13.465	15.420	12.257	100

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Gastos liquidados

Tabla A4. Gasto total ASPS en R\$ millones (nominal) – según la región

* concepto: liquidado

	Subfunción	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio 2018-2022	Variación 2022/2018 (%)
Norte	301 - Atención Básica	200	326	123	176	227	210	13,5
	302 - At. Hospitalaria y Ambulatoria	7.906	7.608	7.480	8.003	9.204	8.040	16,4
	303 - Sop. Prof. Terapéutico	404	410	300	349	408	374	1,1
	304 - Vig. Sanitaria	19	12	11	3	13	12	-33,1
	305 - Vig. Epidemiológica	104	73	57	68	80	77	-22,8
	306 - Alimentación y Nutrición	2	9	0	0	0	2	-99,4
	Administrativa	4.560	4.385	5.828	7.505	7.478	5.951	64,0
	Información Complementaria	145	43	1.663	411	159	484	9,9
	Norte	13.341	12.866	15.462	16.515	17.570	15.151	31,7
Nordeste	301 - Atención Básica	372	490	537	482	841	544	126,2
	302 - At. Hospitalaria y Ambulatoria	17.249	20.047	20.204	22.080	24.136	20.743	39,9
	303 - Sop. Prof. Terapéutico	764	739	843	844	979	834	28,1
	304 - Vig. Sanitaria	51	64	8	9	11	29	-78,6
	305 - Vig. Epidemiológica	176	154	1.179	1.315	481	661	173,2
	306 - Alimentación y Nutrición	20	18	1	1	1	8	-95,6
	Administrativa	7.411	6.359	7.023	6.687	7.288	6.954	-1,7
	Información Complementaria	523	446	381	404	436	438	-16,7
	Nordeste	26.565	28.317	30.177	31.823	34.172	30.211	28,6
Sudeste	301 - Atención Básica	1.269	2.345	1.971	2.569	2.292	2.089	80,6
	302 - At. Hospitalaria y Ambulatoria	32.086	33.358	35.918	41.293	42.056	36.942	31,1
	303 - Sop. Prof. Terapéutico	3.143	3.254	3.319	2.871	3.085	3.134	-1,8
	304 - Vig. Sanitaria	58	40	127	198	129	110	122,2
	305 - Vig. Epidemiológica	557	271	1.526	961	522	768	-6,3
	306 - Alimentación y Nutrición	183	179	163	141	130	159	-29,0
	Administrativa	6.402	5.170	3.106	3.712	3.225	4.323	-49,6
	Información Complementaria	1.033	1.536	1.860	1.599	1.928	1.591	86,7
	Sudeste	44.730	46.154	47.991	53.344	53.367	49.117	19,3

Tabla A4. Gasto total ASPS en R\$ millones (nominal) – según la región

* concepto: liquidado

	Subfunción	2018	2019	2020	2021	2022	Promedio 2018-2022	Variación 2022/2018 (%)
Sur	301 – Atención Básica	746	715	908	1.135	928	886	24,4
	302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	8.815	8.554	8.969	8.552	8.715	8.721	-1,1
	303 – Sop. Prof. Terapéutico	1.521	1.653	2.077	1.517	1.464	1.647	-3,8
	304 – Vig. Sanitaria	9	8	36	48	52	31	468,7
	305 – Vig. Epidemiológica	71	68	326	673	135	255	89,9
	306 – Alimentación y Nutrición	118	110	80	113	0	84	-100,0
	Administrativa	4.920	4.666	5.441	5.525	6.137	5.338	24,7
	Información Complementaria	935	620	564	566	599	657	-35,9
Sur		17.134	16.393	18.402	18.129	18.031	17.618	5,2
Centro-Oeste	301 – Atención Básica	292	393	498	273	328	357	12,2
	302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	3.768	4.327	5.548	6.763	7.822	5.645	107,6
	303 – Sop. Prof. Terapéutico	636	705	620	470	396	565	-37,8
	304 – Vig. Sanitaria	11	9	7	4	6	7	-44,5
	305 – Vig. Epidemiológica	38	54	253	145	106	119	181,3
	306 – Alimentación y Nutrición	169	165	175	74	118	140	-30,1
	Administrativa	6.656	7.450	7.274	6.454	6.474	6.862	-2,7
	Información Complementaria	202	171	45	138	171	145	-15,5
Centro-Oeste		11.772	13.275	14.422	14.320	15.420	13.842	31,0

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

* Gastos liquidados

Tabela A5. Gasto médio dos estados em ASPS em R\$ milhões (valores reais R\$: jan./23) – segundo região

* conceito: liquidada

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022
Norte	301 – Atenção Básica	29	47	18	25	32	30
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	1.129	1.087	1.069	1.143	1.315	1.149
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	58	59	43	50	58	53
	304 – Vig. Sanitária	3	2	2	0	2	2
	305 – Vig. Epidemiológica	15	10	8	10	11	11
	306 – Alimentação e Nutrição	0	1	0	0	0	0
	Administrativa	651	626	833	1.072	1.068	850
	Informação Complementar	21	6	238	59	23	69
	Norte	1.906	1.838	2.209	2.359	2.510	2.164
Nordeste	301 – Atenção Básica	41	54	60	54	93	60
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	1.917	2.227	2.245	2.453	2.682	2.305
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	85	82	94	94	109	93
	304 – Vig. Sanitária	6	7	1	1	1	3
	305 – Vig. Epidemiológica	20	17	131	146	53	73
	306 – Alimentação e Nutrição	2	2	0	0	0	1
	Administrativa	823	707	780	743	810	773
	Informação Complementar	58	50	42	45	48	49
	Nordeste	2.952	3.146	3.353	3.536	3.797	3.357
Sudeste	301 – Atenção Básica	317	586	493	642	573	522
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	8.021	8.340	8.980	10.323	10.514	9.236
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	786	814	830	718	771	784
	304 – Vig. Sanitária	14	10	32	50	32	28
	305 – Vig. Epidemiológica	139	68	382	240	130	192
	306 – Alimentação e Nutrição	46	45	41	35	33	40
	Administrativa	1.601	1.293	777	928	806	1.081
	Informação Complementar	258	384	465	400	482	398
	Sudeste	11.182	11.538	11.998	13.336	13.342	12.279

Tabela A5. Gasto médio dos estados em ASPS em R\$ milhões (valores reais R\$: jan./23) – segundo região

* conceito: liquidada

	Subfunção	2018	2019	2020	2021	2022	Média 2018-2022
Sul	301 – Atenção Básica	249	238	303	378	309	295
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	2.938	2.851	2.990	2.851	2.905	2.907
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	507	551	692	506	488	549
	304 – Vig. Sanitária	3	3	12	16	17	10
	305 – Vig. Epidemiológica	24	23	109	224	45	85
	306 – Alimentação e Nutrição	39	37	27	38	0	28
	Administrativa	1.640	1.555	1.814	1.842	2.046	1.779
	Informação Complementar	312	207	188	189	200	219
	Sul	5.711	5.464	6.134	6.043	6.010	5.873
Centro-Oeste	301 – Atenção Básica	73	98	125	68	82	89
	302 – Ass. Hosp. Ambulatorial	942	1.082	1.387	1.691	1.955	1.411
	303 – Sup. Prof. Terapêutico	159	176	155	117	99	141
	304 – Vig. Sanitária	3	2	2	1	1	2
	305 – Vig. Epidemiológica	9	14	63	36	26	30
	306 – Alimentação e Nutrição	42	41	44	18	30	35
	Administrativa	1.664	1.863	1.818	1.613	1.618	1.715
	Informação Complementar	50	43	11	34	43	36
	Centro-Oeste	2.943	3.319	3.605	3.580	3.855	3.460

Fonte: elaboração própria com base no Siops.

LAS CUENTAS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA MUNICIPAL

4

Este capítulo presenta un diagnóstico detallado sobre los gastos municipales en ASPS en Brasil, poniendo de manifiesto el importante esfuerzo fiscal realizado por los municipios para sostener el sistema de salud ante la insuficiencia de financiación por parte de los gobiernos estatales y federal. El objetivo es comprender la dinámica de financiación del sector, analizando la limitada autonomía fiscal de las entidades locales, la composición de los ingresos intergubernamentales y el perfil de los gastos, con énfasis en las subfunciones y las fuentes de recursos movilizados.

El análisis, basado en datos oficiales y talleres de validación con gestores municipales, revela que, aunque la media de los municipios sigue dependiendo en gran medida de las transferencias constitucionales de los impuestos recaudados en el ámbito federal, el volumen agregado de gastos muestra que la mayor parte de la financiación de la salud proviene directamente de las arcas municipales. Este escenario refleja no solo la centralización de la recaudación en el pacto federativo brasileño, sino también la capacidad limitada de las demás esferas de gobierno para proporcionar recursos compatibles con las responsabilidades descentralizadas a los municipios.

Este desajuste impone a las entidades locales un papel central en el sostenimiento del SUS, obligándolas a menudo a compensar la inestabilidad y la imprevisibilidad de las transferencias federales y estatales con ingresos propios, incluso ante bases recaudatorias restringidas y desiguales. El esfuerzo es aún más evidente en las subfunciones de mayor demanda, como AB y AHA, en las que los municipios financian la mayor parte de los gastos, en contraste con áreas en las que el apoyo estatal y federal debería ser más significativo, como Vigilancia Epidemiológica, Vigilancia Sanitaria y Alimentación y Nutrición.

Además, la composición de los gastos por categoría económica muestra un patrón de asignación fuertemente concentrado en los gastos corrientes —que consumen, en promedio, el 95 % de los recursos— en detrimento de las inversiones en capital, lo que

compromete la capacidad de expansión y modernización de la infraestructura sanitaria a lo largo del tiempo.

La estructura del capítulo está organizada de la siguiente manera: en la sección 4.1 se analiza la composición de los ingresos municipales, destacando la baja autonomía fiscal y la dependencia de las transferencias; la sección 4.2 detalla el perfil de los gastos municipales, explorando los gastos por subfunción y por fuente de ingresos; la sección 4.3 analiza la composición económica de los gastos, distinguiendo entre costes e inversiones; por último, la sección 4.4 presenta las conclusiones, haciendo hincapié en los retos para la sostenibilidad de la financiación municipal en materia de salud y en la urgencia de políticas que promuevan una mayor equidad y estabilidad en el sistema federal.

4.1 INGRESOS MUNICIPALES

4.1.1 AUTONOMÍA FISCAL DE LOS MUNICIPIOS

Los ingresos presupuestarios representan los recursos financieros disponibles que ingresan en las arcas públicas a lo largo del ejercicio. Estos ingresos permiten la ejecución de las políticas públicas, ya que son utilizados por el Estado para financiar programas y acciones orientados a las necesidades de la sociedad.

Más concretamente, los impuestos, tasas y contribuciones de mejora son tributos clasificados como ingresos en la estructura presupuestaria. Son ingresos derivados, recaudados de forma obligatoria por el Estado para financiar sus actividades, según lo establecido en el Código Tributario Nacional (CTN). Los impuestos gravan hechos generadores independientes de cualquier prestación estatal específica, sin contraprestación directa al contribuyente. Por su parte, las tasas se cobran en razón del ejercicio del poder policial o de la prestación de servicios públicos específicos y divisibles. La contribución de mejora se deriva de la revalorización inmobiliaria generada por las obras públicas, y se limita al coste de la obra y al beneficio individual obtenido por el inmueble.

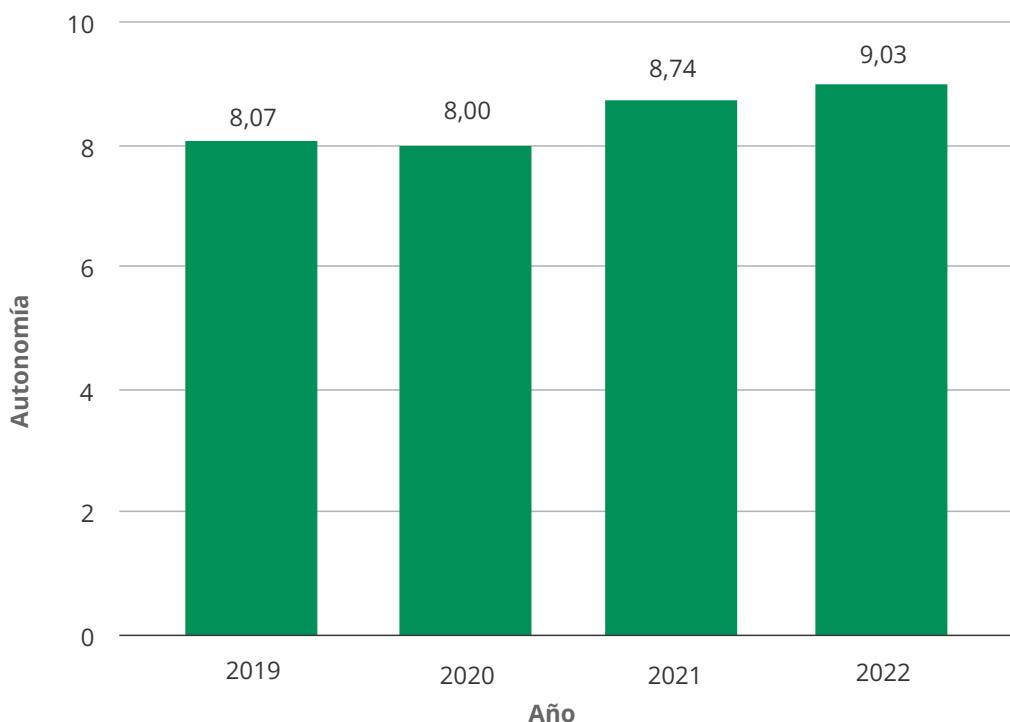
En el contexto de los municipios brasileños, la recaudación propia, compuesta por impuestos, tasas y contribuciones, representa una parte reducida del total de ingresos. La autonomía fiscal municipal, medida por la relación entre estos ingresos propios y el total recaudado, es limitada. Esto se debe principalmente al pacto federativo de Brasil, que impone una centralización de la recaudación tributaria, siendo los municipios los responsables de recaudar los impuestos con menor potencial recaudatorio, como el IPTU, el ISS y el ITBI.

En cualquier caso, durante el período analizado se produjo un ligero aumento de la autonomía financiera de los municipios, de aproximadamente un punto porcentual.

Aun así, la dependencia de las transferencias intergubernamentales sigue siendo significativa: de cada R\$10,00 recaudados, solo R\$1,00 proviene de tributos propios, destacando el papel central de las transferencias de tributos recaudados por otros entes federales en la estructura financiera municipal. Es importante resaltar que estos tributos recaudados por otros entes federales constituyen la base de ingresos de los municipios, según lo previsto en la legislación.

En este cálculo, el FPM se considera una transferencia, ya que la recaudación está fuera de la gestión directa del municipio. De hecho, el FPM se compone del 25,5% del impuesto sobre la renta (IR) y del mismo porcentaje del IPI, ambos recaudados por el gobierno federal. Aunque técnicamente se trate de una transferencia involuntaria y obligatoria, y por lo tanto constituya la base de ingresos de los municipios, esta fuente está influenciada por la decisión del gobierno federal sobre los tipos impositivos del impuesto sobre la renta y del IPI. Esto acaba reduciendo la autonomía municipal, provocando volatilidad e incertidumbre en la recaudación de ingresos. Los datos se muestran en el Gráfico 4.1.

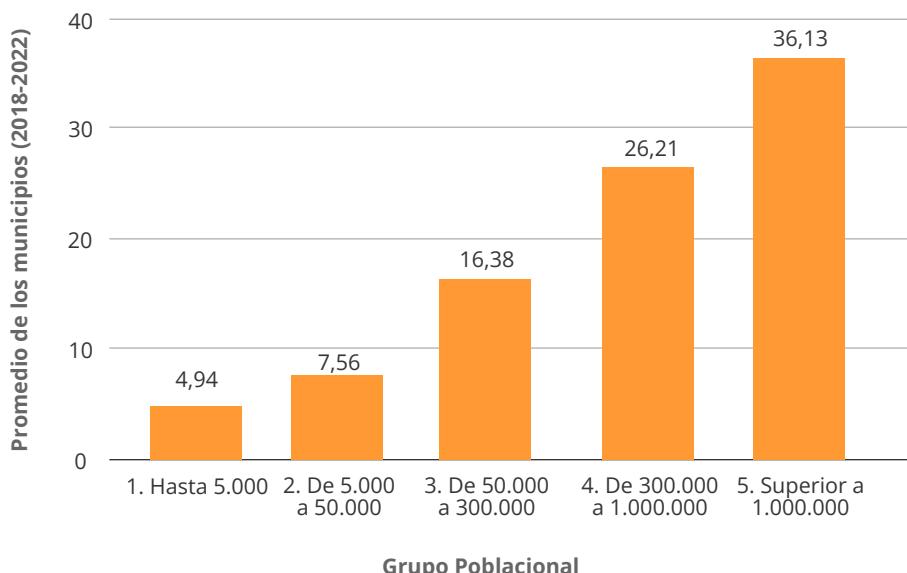
Gráfico 4.1. Evolución de la autonomía municipal.



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.1 muestra la evolución de la autonomía fiscal de los municipios brasileños en los años 2019 a 2022. Se observa un aumento gradual del índice de autonomía fiscal durante este período. En 2019, la autonomía era del 8,07%, pasando al 8% en 2020, lo que indica un ligero descenso. Sin embargo, en los años siguientes se produce un aumento significativo, alcanzando la autonomía el 8,74% en 2021 y el 9,03% en 2022.

Gráfico 4.2. Evolución de la autonomía por tamaño poblacional



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

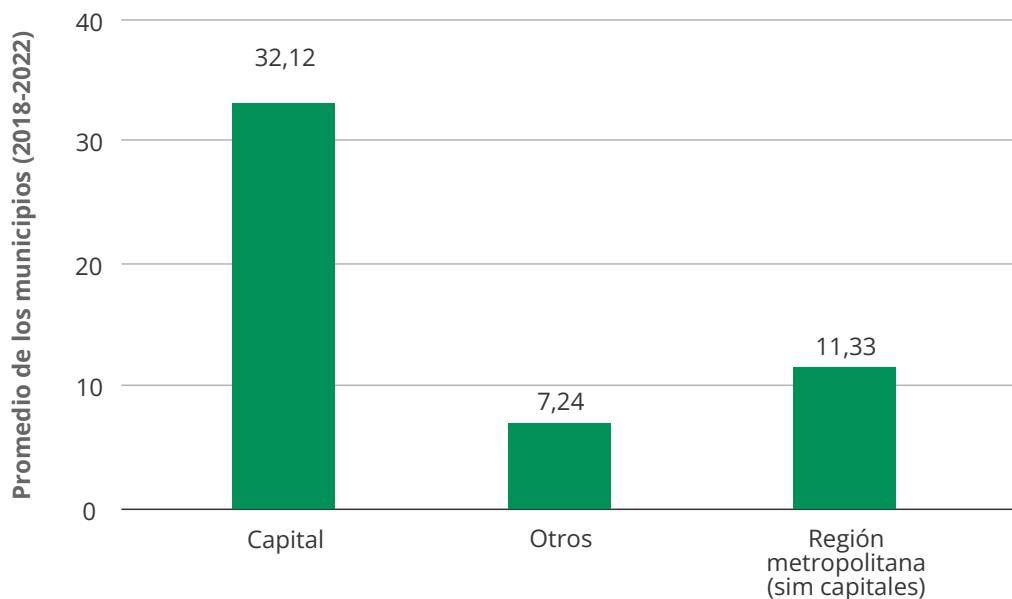
No obstante, observamos que la autonomía está directamente relacionada con el crecimiento de la población. El Gráfico 4.2 ilustra la autonomía de los municipios brasileños segregados por diferentes grupos de población, con un promedio calculado para el período de 2018 a 2022. El análisis revela una clara correlación entre el tamaño de la población y el nivel de autonomía fiscal de los municipios.

Para los municipios de hasta 5.000 habitantes, la autonomía media es la más baja, con un 4,94%. A medida que aumenta la población, también lo hace la autonomía fiscal. Los municipios con una población de entre 5.000 y 50.000 habitantes tienen una autonomía media del 7,56%. Esta autonomía aumenta significativamente hasta el 16,38% en los municipios con una población de entre 50.000 y 300.000 habitantes. El crecimiento continúa en los municipios con una población entre 300.000 y 1 millón de habitantes, donde la autonomía media es del 26,21 por ciento. La mayor

autonomía fiscal se observa en los municipios con una población de más de 1 millón de habitantes, con una media del 36,13%.

Este patrón sugiere que los municipios más grandes tienden a tener una mayor capacidad para generar sus propios ingresos, posiblemente debido a una base impositiva más amplia y diversificada, así como a una infraestructura más desarrollada para recaudar impuestos, tasas y contribuciones. Por el contrario, los municipios más pequeños se enfrentan a mayores dificultades para generar sus propios ingresos y, en consecuencia, dependen más de las transferencias externas, es decir, del reparto de los ingresos recaudados por otras entidades federales, para apoyar las políticas públicas que producen.

Gráfico 4.3. Evolución de la autonomía - capitales



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

A continuación, analizamos el promedio de autonomía fiscal de los municipios brasileños, segmentados en tres categorías: capitales, otros municipios y municipios de la región metropolitana (excluyendo capitales), considerando el período de 2018 a 2022. Los datos se presentan en el Gráfico 4.3. Las capitales tienen la autonomía fiscal media más alta, con un 32,12%. Esto indica que las capitales tienen una importante capacidad para generar sus propios ingresos, posiblemente debido a una economía más diversificada, una mayor base impositiva y mejores mecanismos de recaudación.

Los demás municipios, que no son capitales ni forman parte de regiones metropolitanas, tienen una autonomía fiscal media mucho menor, con solo un 7,24% de sus ingresos procedentes de impuestos, tasas y contribuciones de mejora. Esta media relativamente baja sugiere una mayor dependencia de las transferencias externas y una menor capacidad para generar ingresos propios. Se trata, por tanto, de una realidad completamente distinta, en la que el FPM, además de otras transferencias gubernamentales, es la principal fuente de ingresos de la administración. Como ya se ha explicado, esto supone una dependencia de la remesa de fondos recaudados por otras entidades federales que, aunque obligatoria, aporta gran volatilidad e incertidumbre a la gestión municipal. Esta fuente de financiación se analizará con más detalle en la siguiente sección.

Los municipios situados en regiones metropolitanas, excluidas las capitales, tienen una autonomía fiscal media del 11,33%. Estos municipios, a pesar de estar cerca de grandes centros urbanos, siguen teniendo dificultades para generar sus propios ingresos, aunque obtienen mejores resultados que otros municipios no metropolitanos. En resumen, el gráfico muestra que la autonomía fiscal es significativamente mayor en las capitales, lo que refleja una mayor capacidad de gestión financiera y recaudación de sus propios recursos, mientras que los municipios más pequeños y no metropolitanos se enfrentan a mayores dificultades para alcanzar esta autonomía.

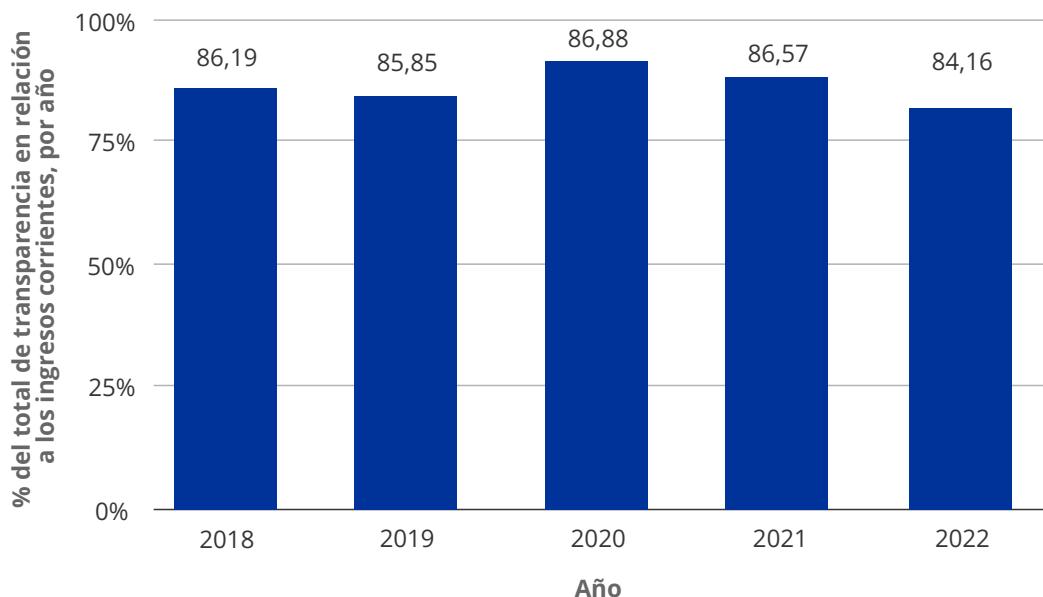
4.1.2 INGRESOS CON FPM, FPE Y OTRAS MODALIDADES

Las transferencias involuntarias son las principales fuentes de ingresos de los municipios, es decir, recursos financieros recibidos de otras entidades, públicas o privadas, para sufragar los gastos de mantenimiento o funcionamiento de actividades de interés público, sin exigir contraprestación directa en bienes o servicios por parte del cedente. Estas transferencias pueden ser constitucionales, legales o voluntarias. Ejemplos relevantes son las transferencias del gobierno federal a los estados y municipios, como el FPE y el FPM. En esta sección se analizan todas las transferencias recibidas, tanto las destinadas directamente a la salud como los montos que también pueden ser utilizados en otras áreas.

Durante el período analizado, se produjo una caída de 2,03 pp en las transferencias, pero aún se mantienen por encima del 80% en todos los años. Sin embargo, la importancia de los entes federales que apoyan a los municipios es muy diferente. Por cada R\$1,00 transferido por los gobiernos estatales, el gobierno federal aporta R\$2,40. Los gobiernos estatales tienden a transferir más recursos a las capitales, con una diferencia media de 9,10 pp. Por otro lado, las transferencias del gobierno federal a través del FPM destinan más recursos a los municipios fuera de las regiones metropolitanas y a los que no son capitales, debido principalmente a las reglas de distribución de este fondo.

Existe una gran heterogeneidad en los patrones de transferencia de los estados. Los estados del Centro-Sur transfieren una media del 30% de los fondos. En el Norte, este porcentaje es aproximadamente del 20%, mientras que en el Noreste solo alcanza el 11%. Estas cifras consideran el FPM como una transferencia involuntaria, es decir, el reparto obligatorio de las partes de IR e IPI que son derecho de los municipios.

Gráfico 4.4. Relevancia de las transferencias.



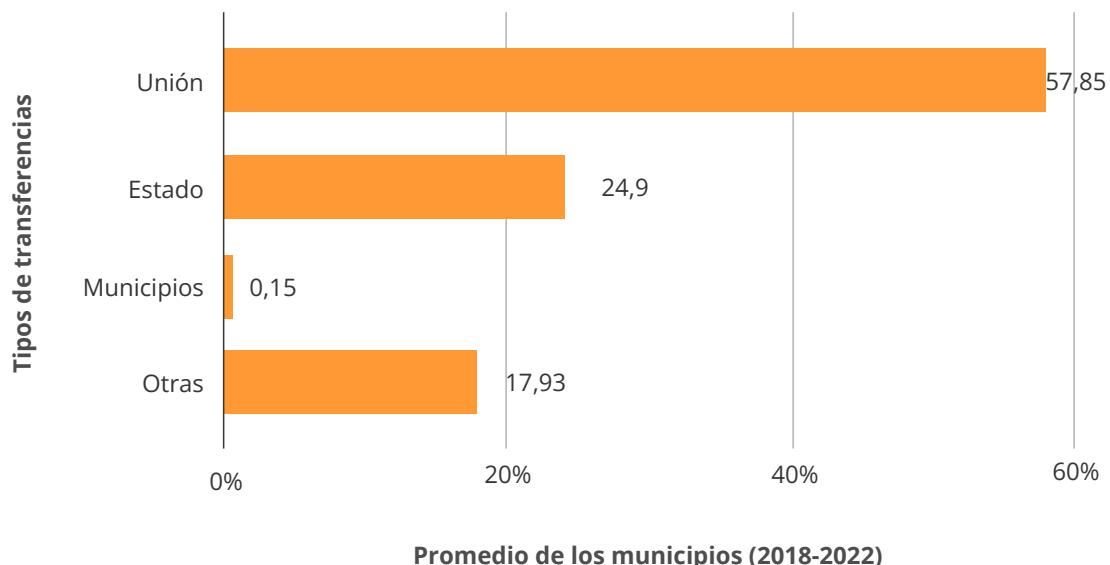
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.4 muestra el porcentaje del total de transferencias en relación a los ingresos corrientes de los municipios brasileños, analizados anualmente de 2018 a 2022. En 2018, el porcentaje de transferencias en relación a los ingresos corrientes fue del 86,19%. En 2019, hubo una ligera reducción al 85,85%, seguida de un aumento en 2020, cuando el porcentaje alcanzó el 86,88%, el valor más alto del período analizado. En 2021, el porcentaje de transferencias descendió ligeramente hasta el 86,57%, y en 2022 se produjo una reducción más significativa, alcanzando el 84,16%.

Además de lo analizado en el apartado anterior, estos datos indican que, a lo largo de todo el período, gran parte de los ingresos corrientes de los municipios brasileños proceden de transferencias, lo que pone de manifiesto la importante dependencia de los recursos externos. A pesar de pequeñas variaciones anuales, el porcentaje de trans-

ferencias en relación a los ingresos corrientes se ha mantenido muy elevado, siempre por encima del 84%.

Gráfico 4.5. Tipo de Transferencias



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.5 muestra el perfil de las transferencias por entidad federativa de origen en relación al total de transferencias gubernamentales recibidas por los municipios brasileños entre 2018 y 2022.

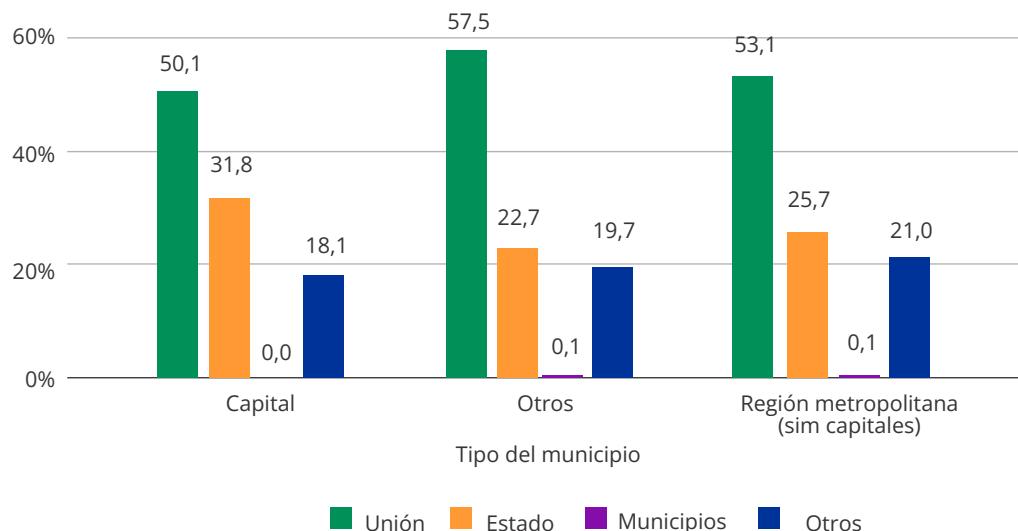
La mayor parte de las transferencias gubernamentales provienen del Gobierno Federal, representando el 57,85% del total. Esto muestra la significativa dependencia de los municipios del gobierno federal para obtener recursos financieros, dado que una parte sustancial de los ingresos de los municipios es recaudada por la Unión y luego transferida. La composición detallada de estas transferencias se presentará y analizará en los apartados siguientes. Las transferencias de los estados son la segunda fuente más importante, con un 24,08% del total. Esto refleja el importante papel asignado por la Constitución Federal a la centralización de la recaudación de recursos en la Unión y la concentración de la prestación de servicios y el gasto en los gobiernos estatales y federal.

Las transferencias entre los propios municipios son prácticamente insignificantes, representando apenas el 0,15% del total. Otras fuentes de transferencias, que pueden

incluir organizaciones no gubernamentales, donaciones internacionales y otras formas de apoyo financiero, representan el 17,93% del total de transferencias gubernamentales.

La gran dependencia de las transferencias fiscales, que son un derecho de los municipios pero recaudadas por los gobiernos federal y estatal, indica que muchos municipios se encuentran en una situación frágil, dependiendo de una capacidad limitada para generar sus propios ingresos y necesitando un apoyo constante para mantener sus finanzas y aplicar sus políticas públicas. Esto se debe a múltiples razones derivadas de la centralización de la recaudación de ingresos. En primer lugar, la base imponible de los municipios, compuesta por IPTU, ISS, ITB, Tasas y Contribuciones de Mejora, tiene un potencial recaudatorio más limitado en comparación con los impuestos estatales y municipales. Por otro lado, los impuestos de otros entes federales con una parte garantizada transferida a los municipios no son administrados por los gestores municipales. Así, las políticas de exención del IPI, por ejemplo, acaban golpeando duramente a las arcas municipales.

Gráfico 4.6. Tipo de transferencias por tipo de municipio.



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

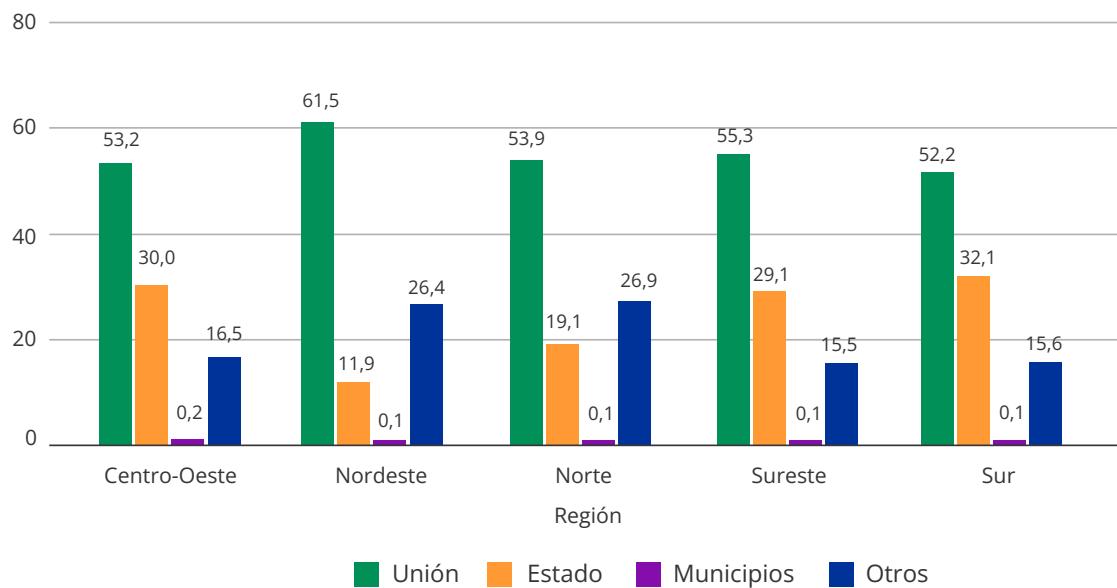
El Gráfico 4.6 muestra el porcentaje de los tipos de transferencias respecto al total de transferencias del Estado, segmentado por tipo de municipio: capitales, otros municipios y municipios de la región metropolitana (excluyendo capitales), tomando la media de los años 2018 a 2022. Para las capitales, 50,1 por ciento de las transferencias

gubernamentales provienen de la Unión, 31,8 por ciento de los estados y 18,1 por ciento de otras fuentes. En esta categoría no hay transferencias entre municipios.

En el resto de municipios, la dependencia de las transferencias federales es aún mayor, representando el 57,5% del total. Las transferencias estatales representan el 22,7%, mientras que el 19,7% procede de otras fuentes. Al igual que en las capitales, las transferencias entre municipios son prácticamente inexistentes, apenas el 0,1%.

En los municipios de la región metropolitana, excluidas las capitales, la Unión es la principal fuente de transferencias, con un 53,1% del total. Las transferencias estatales representan el 25,7% y otras fuentes contribuyen con el 21,1%. Las transferencias entre municipios también son insignificantes, con solo un 0,1%. Aunque las capitales tienen una contribución más equilibrada entre la Unión y los estados, los demás municipios y los de la región metropolitana dependen en mayor medida de las transferencias fiscales federales. Las transferencias de otras fuentes también desempeñan un papel importante, sobre todo fuera de las capitales. La ausencia de transferencias entre municipios indica que esta forma de financiación es poco explorada o insignificante en el contexto de las finanzas municipales brasileñas.

Gráfico 4.7. Tipo de Transferencias por Tipo de Municipio



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.7 muestra el porcentaje de los tipos de transferencias en relación con el total de transferencias gubernamentales dividido por regiones brasileñas: Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste y Sur. El análisis abarca el promedio de los años 2018 a 2022. En la región Centro-Oeste, la Unión es la principal fuente de transferencias, con el 53,2% del total, seguida de los estados con el 30% y otras fuentes con el 16,5%. Las transferencias entre municipios son prácticamente insignificantes, con un 0,2%.

En el noreste, la dependencia de la Unión es aún mayor, ya que el 61,5% de las transferencias proceden del gobierno federal. Las transferencias estatales representan el 11,9%, mientras que otras fuentes aportan el 26,4%. Las transferencias entre municipios son insignificantes, un 0,1%. En el Norte, las transferencias procedentes del gobierno federal representan el 53,9% del total, seguidas por las de los estados, con el 19,1%, y otras fuentes, con el 26,9%. Las transferencias entre municipios representan solo el 0,1%.

La región del Sureste depende en gran medida de las transferencias federales, con un 55,3% del total. Las transferencias estatales suponen el 29,1%, mientras que otras fuentes aportan el 15,5%. Las transferencias entre municipios son mínimas, un 0,1%. En el Sur, la Unión es responsable del 52,2% de las transferencias, seguida de los estados con el 32,1% y otras fuentes con el 15,6%. Las transferencias entre municipios son insignificantes, con un 0,1%.

Como era de esperar, estas cifras muestran que, en todas las regiones, la Unión es la principal fuente de transferencias del gobierno, tal como establece la Constitución Federal. Como ya se explicó, esta es la esencia del modelo centralizado de recaudación tributaria de Brasil. La principal fuente es el FPM, como ya se explicó. Otras fuentes adicionales son las transferencias del FAF, etc., que fueron discutidas en profundidad en las secciones anteriores.

Por otro lado, en lo que se refiere a los estados, la variación en el tamaño de las transferencias estatales sugiere diferencias regionales en la estructura de financiación. En el Nordeste, por ejemplo, hay una mayor contribución de otras fuentes, como las transferencias específicas del SUS, mientras que en el Sur las transferencias estatales desempeñan un papel más destacado. La presencia casi insignificante de transferencias entre municipios es un patrón constante en todas las regiones, lo que indica que esta fuente es irrelevante en el contexto de las finanzas municipales brasileñas.

Es importante señalar que en esta sección se analizan todas las fuentes de transferencias. El análisis del perfil de recaudación y, con él, de la autonomía fiscal es extremadamente importante, pues establece los límites con que los municipios pueden operar para realizar sus gastos en salud, por decisión propia, dentro de sus presupuestos.

4.2. PERFIL DE LOS GASTOS MUNICIPALES

4.2.1 GASTOS POR SUBFUNCIÓN

En este apartado se analizan las cifras de gastos totales por subfunción, tal y como se definen en la Ordenanza 42/1999 de la entonces Secretaría de Estado de Presupuesto y Gestión y que actualmente utiliza la Secretaría del Tesoro Nacional. Los datos se presentan sin desglosar aún por fuente de financiación, lo que se hará a continuación. Es importante resaltar que los resultados de los talleres indican que los municipios tienen dificultades para comprender la macro lógica de la función presupuestaria, ya que en el caso de la salud, siempre sería la Función 10 - Salud, para luego utilizar libremente la subfunción que se adecue. Prueba de ello es la aplicación incorrecta de las subfunciones de administración, por ejemplo, y el bajo gasto en Vigilancia Sanitaria. Por otro lado, sin embargo, pudimos observar que las subfunciones de salud se utilizan de forma coherente, como se investigó en los dos talleres realizados en los estados de Rio Grande do Sul (RS) y Rio Grande do Norte (RN)

Tabla 4.1. Valores nominales por subfunción de gasto (en millones de R\$) - promedio por municipio.

Subfunción	2018	2019	2020	2021	2022
301 – Atención Básica	10,02	10,59	11,92	12,99	16,00
302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	11,04	12,28	14,65	16,44	18,72
303 – Soporte Profiláctico y Terapéutico	0,50	0,56	0,62	0,74	0,92
304 – Vigilancia Sanitaria	0,25	0,27	0,31	0,35	0,43
305 – Vigilancia Epidemiológica	0,44	0,52	0,77	0,84	0,94
306 – Alimentación y Nutrición	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
Administrativas	4,28	4,28	5,48	5,71	5,74
Información Complementaria	0,23	0,23	0,29	0,38	0,41

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El análisis de los datos muestra un aumento significativo y continuo de la inversión en atención primaria. La tabla 4.1 muestra los importes nominales gastados de media por subfunción de gasto en millones de reales para los años 2018 a 2022, detallando los recursos destinados a las diferentes áreas de salud en los municipios brasileños. Se trata del gasto medio por municipio, incluyendo gastos corrientes y de capital. En relación con la APS, el gasto ascendió a 10,02 millones de reales en 2018, aumentando progresivamente hasta alcanzar los 6 millones de reales en 2022. En AHA, el gasto comenzó en 1,04 millones de reales en 2018 y aumentó a 18,72 millones de reales en 2022, lo que indica la expansión de los servicios hospitalarios y ambulatorios para satisfacer las demandas de la población.

Para el SPT, los importes pasaron de 500.000 reales en 2018 a 920.000 reales en 2022, mostrando un crecimiento constante aunque en menor escala en comparación con otras subfunciones. La Vigilancia Sanitaria vio aumentar sus gastos de 250.000 reales en 2018 a 430.000 reales en 2022. La Vigilancia Epidemiológica también vio aumentar sus gastos, pasando de 440.000 reales en 2018 a 940.000 reales en 2022. Por su parte, la subfunción A&N presentó cifras estables de R\$10.000 hasta 2021, con un pequeño aumento a R\$20.000 en 2022. Es importante destacar que se trata de cifras bajas dada la importancia de estas subfunciones, lo que indica la necesidad inmediata de mayores gastos.

Por su parte, los Gastos administrativos medios aumentaron de 4,28 millones de reales en 2018 a 5,74 millones de reales en 2022, lo que refleja la necesidad de apoyar la estructura administrativa para el funcionamiento de los servicios de salud. Por último, las inversiones en Información Complementaria crecieron de R\$230 mil en 2018 a R\$410 mil en 2022, indicando el valor dado a la recolección y gestión de información para la salud pública.

En resumen, La Tabla muestra una tendencia general al aumento de la inversión en diversas subfunciones del gasto sanitario, con énfasis en la APS y la AHA. El crecimiento en las áreas de vigilancia epidemiológica y sanitaria sugiere una respuesta a la creciente necesidad de vigilancia y control de la salud pública, aunque muy por debajo de lo necesario. Por otro lado, áreas como A&N muestran una inversión baja y estable, sugiriendo la necesidad de una mayor atención.

Tabla 4.2. Valores reales por subfunción de gasto (promedio en millones de R\$) - promedio por municipio.

Subfunción	2018	2019	2020	2021	2022	Var 18-22%
301 – Atención Básica	12,66	12,95	13,98	13,76	16,00	26%
302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	13,95	15,03	17,18	17,41	18,72	34%
303 – Soporte Profiláctico y Terapéutico	0,63	0,69	0,73	0,78	0,92	45%
304 – Vigilancia Sanitaria	0,31	0,33	0,36	0,37	0,43	38%
305 – Vigilancia Epidemiológica	0,56	0,63	0,90	0,89	0,94	68%
306 – Alimentación y Nutrición	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	59%
Administrativas	5,40	5,24	6,43	6,05	5,74	6%
Información Complementaria	0,29	0,28	0,34	0,40	0,41	44%

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La Tabla 4.2 muestra los valores reales de gasto promedio por subfunción a precios de diciembre de 2022, en millones de reales, para los años 2018 a 2022, con la variación porcentual en el período 2018 a 2022. Los datos se analizan por subfunción de gasto, proporcionando una visión detallada de la evolución de las inversiones a lo largo de estos años. Este es el gasto medio por municipio.

En relación con la AB, el gasto pasó de 12,66 millones de reales en 2018 a 16 millones en 2022, lo que representa un crecimiento del 26%. La AHA también tuvo un aumento significativo, de R\$13,95 millones en 2018 a R\$18,72 millones en 2022, una variación del 34%.

El SPT vio un aumento de 630.000 reales en 2018 a 920.000 reales en 2022, una variación del 45%. La Vigilancia Sanitaria creció un 38%, pasando de 310.000 reales en 2018 a 430.000 reales en 2022. La Vigilancia Epidemiológica presentó el mayor aumento porcentual, con una variación del 68%, pasando de R\$560 mil en 2018 a R\$940 mil en 2022.

Las inversiones en A&N, aunque bajas, aumentaron de R\$10.000 en 2018 a R\$20.000 en 2022, reflejando una variación del 59%. Los gastos administrativos pasaron de 5,40 millones de reales en 2018 a 5,74 millones de reales en 2022, con una variación del 6%,

mientras que las inversiones en Información Complementaria pasaron de 290.000 reales en 2018 a 410.000 reales en 2022, lo que representa una variación del 44%

En resumen, la tabla muestra una tendencia general al alza en varias subfunciones del gasto sanitario, aunque existan marcadas diferencias en el impacto de cada una de ellas. Destacan los incrementos significativos en Vigilancia Epidemiológica y SPT, que reflejan la creciente importancia de estas áreas en la salud pública. Por otro lado, áreas como A&N, a pesar de mostrar un elevado crecimiento porcentual, siguen representando una parte muy pequeña del total de inversiones. Los gastos administrativos registraron un crecimiento más modesto, lo que sugiere una estabilización de los costes de gestión.

La tabla 4.3 muestra el gasto total de todos los municipios por subfunción, a precios de diciembre de 2022, en miles de millones de reales, para los años 2018 a 2022. Los datos ofrecen una visión global de las inversiones totales en distintos ámbitos de la salud a lo largo de estos años. Mientras que en el análisis anterior se analizaban las medias por municipio, ahora se exploran los totales gastados por t o d o s l o s m u n i c i p i o s .

Tabla 4.3. Gasto total por subfunción de gasto a precios de Dic-2022 (en mil millones de R\$).

Subfunción	2018	2019	2020	2021	2022
301 – Atención Básica	70,5	72,1	77,9	76,6	89,1
302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	77,7	83,7	95,7	96,9	104,2
303 – Soporte Profiláctico y Terapéutico	3,5	3,8	4,1	4,4	5,1
304 – Vigilancia Sanitaria	1,7	1,8	2,0	2,1	2,4
305 – Vigilancia Epidemiológica	3,1	3,5	5,0	4,9	5,2
306 – Alimentación y Nutrición	0,08	0,07	0,09	0,06	0,13
Administrativas	30,1	29,2	35,8	33,7	32,0
Información Complementaria	1,6	1,6	1,9	2,2	2,3
Total	188,3	195,8	222,5	220,9	240,4

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS

Para PC, el gasto aumentó de 70.500 mil millones de reales en 2018 a 89.100 mil millones de reales en 2022, lo que indica un crecimiento sustancial. La AHA también experimentó un aumento significativo, de 77,7 mil millones de reales en 2018 a 104,2 mil millones de reales en 2022.

En el SPT, el gasto creció de 3.500 mil millones de reales en 2018 a 5.100 mil millones en 2022. La Vigilancia Sanitaria pasó de 1.700 mil millones de reales en 2018 a 2.400 mil millones en 2022. La Vigilancia Epidemiológica pasó de R\$3,1 mil millones en 2018 a R\$5,2 mil millones en 2022.

Los gastos en la subfunción A&N, aunque bajos, crecieron de 79,2 millones de reales en 2018 a 125,7 millones en 2022. Los gastos administrativos pasaron de R\$30,1 mil millones en 2018 a R\$32,0 mil millones en 2022. Por último, las inversiones en Información Complementaria crecieron de 1.600 millones de reales en 2018 a 2.300 mil millones en 2022.

El gasto sanitario total aumentó de 188.300 mil millones de reales en 2018 a 240.400 mil millones de reales en 2022, lo que refleja un crecimiento significativo de la inversión sanitaria global en estos años. En resumen, los datos muestran un aumento continuo y significativo de las inversiones municipales en diversas áreas de la salud, con énfasis en la atención primaria y la AHA. El crecimiento en las áreas de Salud y Vigilancia Epidemiológica también sugiere una respuesta a la creciente necesidad de vigilar y controlar la salud pública. Por otra parte, áreas como A&N, a pesar de su elevado crecimiento porcentual, siguen representando una pequeña parte de las inversiones totales. Los gastos administrativos registraron un crecimiento más modesto, lo que indica una posible estabilización de los costes de gestión..

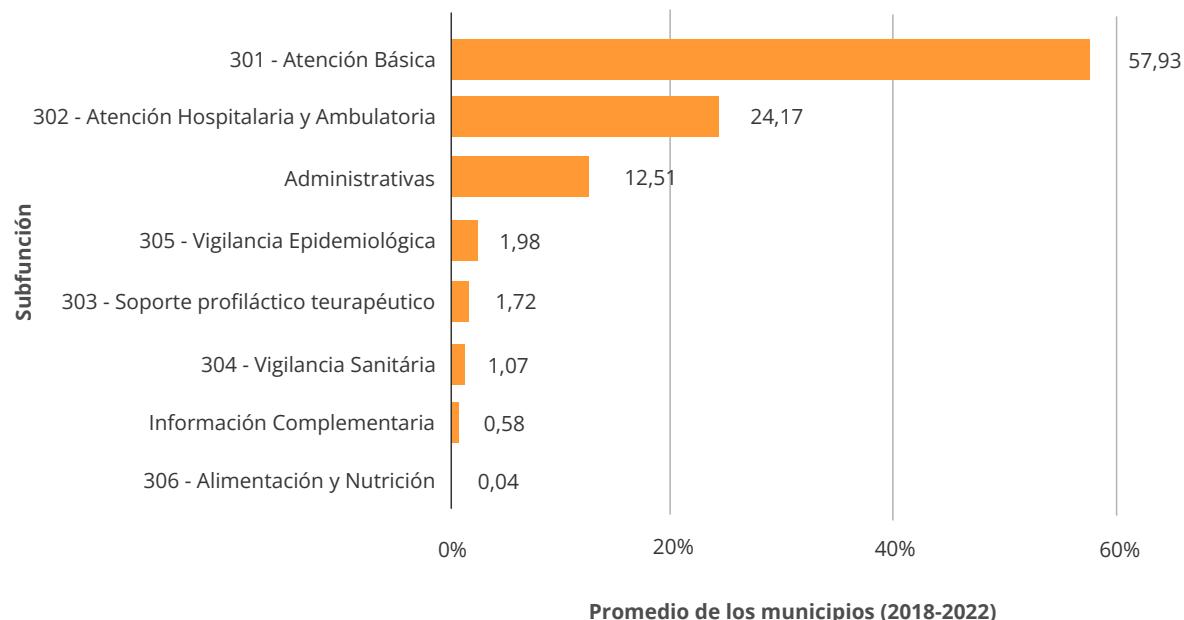
Tabla 4.4. Distribución de los gastos por subfunción a precios de Dic./2022 (en millones de R\$)
- media por municipio.

Subfunción	Promedio Periodo en %	Valor en 2022 en %
301 – Atención Básica	36.16%	37.05%
302 – At. Hospitalaria y Ambulatoria	42.90%	43.35%
303 – Soporte Profiláctico y Terapéutico	1.96%	2.12%
304 – Vigilancia Sanitaria	0.94%	0.99%
305 – Vigilancia Epidemiológica	2.05%	2.18%
306 – Alimentación y Nutrición	0.04%	0.05%
Administrativas	15.05%	13.29%
Información Complementaria	0.90%	0.96%

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS

La tabla 4.4 muestra la distribución del gasto por subfunción a precios de diciembre de 2022, destacando la distribución en porcentajes para el período y en 2022. La atención primaria representó en promedio el 36,16% del gasto total en el período analizado, alcanzando el 37,05% en 2022. En AHA, la participación media fue del 42,90%, llegando al 43,35% en el último año de la serie. El SPT tuvo una cuota media del 1,96%, que aumentará hasta el 2,12% en 2022. La Vigilancia de la Salud, que representó el 0,94% del gasto a lo largo del período, alcanzó el 0,99% en el último año. La Vigilancia Epidemiológica tuvo una media del 2,05%, aumentando hasta el 2,18% en 2022. Por su parte, la cuota de A&N se mantuvo baja, en el 0,04% de media durante el período y el 0,05% en 2022. Los gastos administrativos, que representaron el 15,05% del total de media, disminuyeron ligeramente hasta el 13,29% en 2022. Por último, los gastos en Información Complementaria pasaron de una media del 0,90% al 0,96% en el último año de la serie.

El Gráfico 4.8 muestra el porcentaje medio de gasto por subfunción de los municipios brasileños para el período comprendido entre 2018 y 2022. La subfunción con el porcentaje medio de gasto más elevado es PC, que representa el 57,93% del total. Le sigue la media de AHA, que representa el 24,17% del gasto. El gasto administrativo medio representa el 12,51% del total. Otras subfunciones tienen participaciones medias menores, como la Vigilancia Epidemiológica (1,98%), SPT (1,72%), Vigilancia de la Salud (1,07%), Información Complementaria (0,58%) y A&N (0,04%).

Gráfico 4.8. % de gasto medio por subfunción en los municipios.

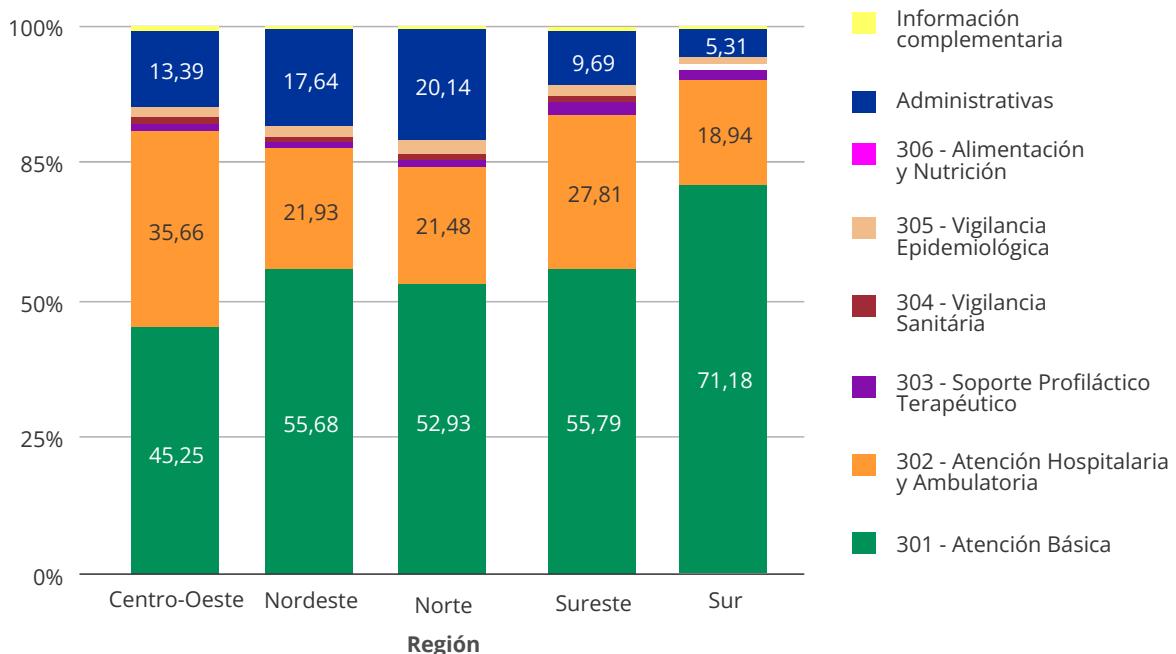
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Este patrón de distribución del gasto muestra la prioridad dada a la APS y a la AHA en la asignación de recursos por parte de los municipios, lo que refleja la importancia de estas áreas en la prestación de servicios públicos de salud. Los gastos administrativos también constituyen una parte significativa del presupuesto, mientras que las demás subfunciones, aunque esenciales, reciben una parte menor de los recursos. Estos gastos de la rúbrica Administrativa pueden englobar los fines de las subfunciones. Sin embargo, es importante destacar la dificultad de registro de estos gastos y la tendencia a centralizarlos erróneamente como administrativos, lo que puede repercutir en la transparencia y eficiencia en la asignación de recursos.

Los siguientes gráficos muestran el análisis de los gastos en las diferentes subfunciones. El Gráfico 4.9 muestra el porcentaje de gasto por subfunción en las diferentes regiones de Brasil, con base en el promedio de los municipios para el período de 2018 a 2022. El análisis destaca variaciones significativas en el perfil de gastos entre las regiones.

En la región Centro-Oeste, la APS representa el 45,25% del gasto, seguida de la AHA con el 35,66% y el gasto administrativo con el 13,89%. En la región Noreste, la atención primaria representa el 55,68% del gasto, mientras que la AHA supone el 21,93% y los gastos administrativos el 17,64%.

Gráfico 4.9. % de gasto por subfunción por región



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

En el Norte, la atención primaria representa el 52,93% del gasto, la AHA el 21,48% y los gastos administrativos el 20,14%. En el Sureste, la AP es responsable del 55,79% del gasto, la AHA del 27,81% y los gastos administrativos del 9,69%. Por último, en el Sur, la APS representa el 71,18% del gasto, la AHA el 18,94% y los gastos administrativos el 5,31%. Otras subfunciones, como Vigilancia Epidemiológica, SPT, Vigilancia Sanitaria, A&N e Información Complementaria, presentan variaciones menores en todas las regiones, con porcentajes generalmente inferiores al 5%. Estos datos muestran que el perfil de gasto por subfunción no es homogéneo entre las regiones. Existe una gran variación en los costes y gastos administrativos en las subfunciones de APS y AHA. Mientras que algunas regiones, como el Sur, dan prioridad en gran medida a la AP, otras, como el Medio Oeste, distribuyen el gasto de forma más equilibrada entre las distintas subfunciones.

Los datos muestran que la mayor parte de los recursos se destinaron a la APS y la AHA, que siguieron creciendo a lo largo de los años. Otras subfunciones, como SPT y Vigilancia Epidemiológica, registraron aumentos relativos, aunque siguen representando una parte mucho menor del total. Los gastos administrativos se mantuvieron estables, mientras que las inversiones en A&N siguieron disminuyendo.

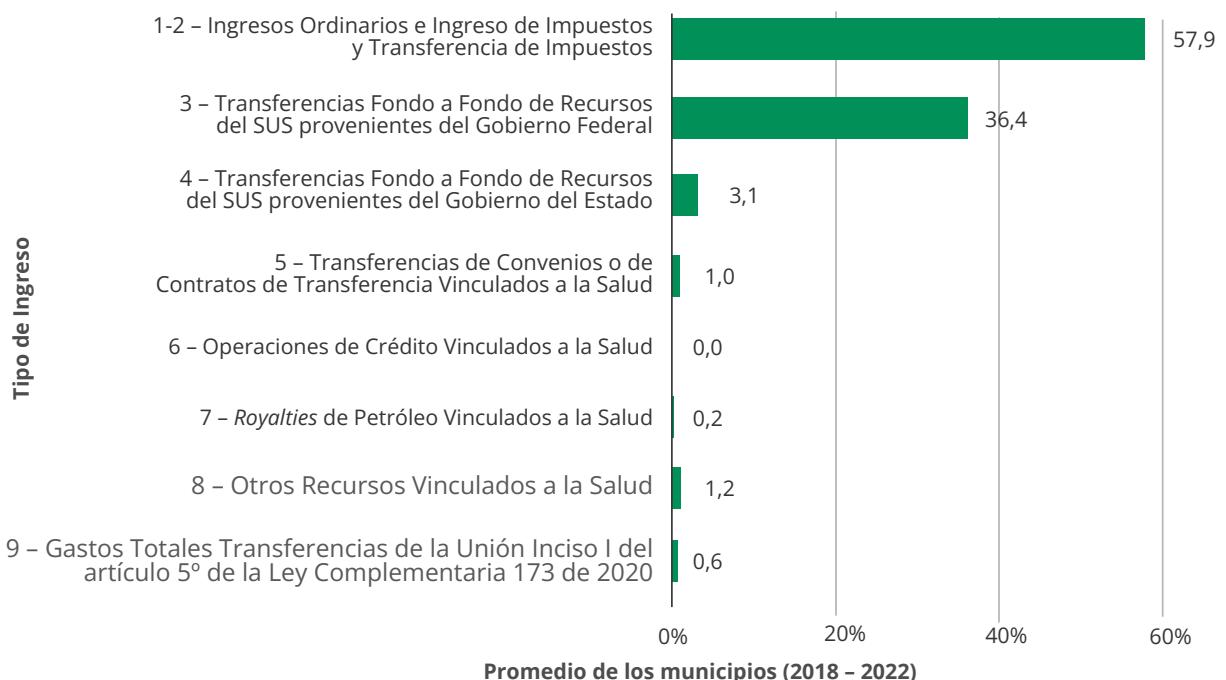
4.2.2 GASTOS POR FUENTE DE INGRESOS

Al analizar el gasto sanitario por fuente de ingresos, incorporamos los recursos del FPM, así como la parte correspondiente al ICMS y al IPVA, a la recaudación total de impuestos, tasas y contribuciones. Se trata del importe total de que disponen los municipios en función de su fiscalidad local y de su participación en la recaudación de impuestos federales y estatales (IR e IPI, más ICMS e IPVA). Es importante subrayar que estos impuestos forman parte de la base vinculada a la EC nº 29.

En el período analizado, se constató que por cada R\$1,00 que el gobierno federal transfería al FAF, los municipios gastaban en promedio R\$1,59 en salud. Del mismo modo, por cada R\$1,00 que el gobierno estadual transfería en el FAF, los municipios gastaban en promedio R\$18,67 en salud.

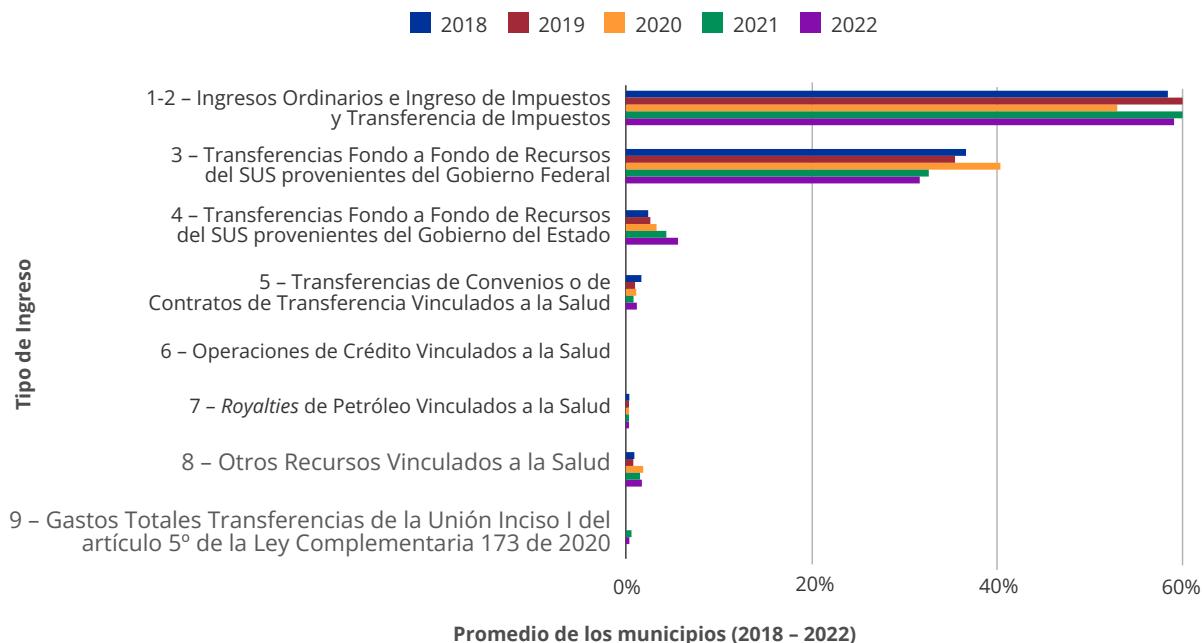
El Gráfico 4.10 muestra la participación de los ingresos en el gasto en salud, por tipo de ingreso, con base en el promedio de los municipios entre 2018 y 2022. Los datos muestran que los “Recursos ordinarios e ingresos por impuestos y transferencias fiscales” representan la mayor parte de los ingresos, con un 57,9%. A continuación, las “Transferencias entre fondos de recursos del SUS procedentes del Gobierno Federal” representan el 36,4% de los ingresos. Las “Transferencias entre fondos de recursos del SUS procedentes del Gobierno de los Estados” representan el 3,1%, mientras que las “Transferencias procedentes de acuerdos o contratos de préstamo en línea relacionados con la salud” contribuyen con el 1%.

Otras categorías, como “Operaciones de crédito vinculadas a la salud” y “Regalías petroleras vinculadas a la salud”, tienen participaciones menores, del 0,2% cada una. “Otros recursos vinculados a la salud” representan el 1,2 por ciento, y “Total gastos de transferencias federales - rubro I del artículo 5 de la LC nº 173 de 2020” el 0,6 por ciento.

Gráfico 4.10. Participación de los ingresos en los gastos por tipo de ingreso

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.11, a su vez, muestra la participación de los ingresos en el gasto sanitario por tipo de ingreso y año, desglosado año a año para el periodo comprendido entre 2018 y 2022. Una vez más, los “Recursos ordinarios e ingresos por impuestos y transferencias tributarias” siguieron siendo la mayor fuente de financiación a lo largo de los años, variando poco y manteniéndose por encima del 50%. En 2020, hubo un aumento significativo en la “Transferencia de recursos del SUS del gobierno federal”, lo que refleja una mayor participación del gobierno federal en respuesta a la pandemia COVID-19. Sin embargo, en 2021, esta tendencia se mantuvo. Sin embargo, en 2021, esta tendencia volvió a los niveles observados anteriormente en el periodo, con una ligera disminución en 2022.

Gráfico 4.11. Participación de los ingresos en el gasto por tipo de ingreso y por año.

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

“Transferencias entre fondos de los recursos del SUS procedentes del Gobierno del Estado” muestran una participación menor y relativamente constante, que oscila entre el 2% y el 4% a lo largo de los años. “Transferencias de Convenios o Contratos de Transferencia vinculados a la Salud” y otras fuentes como “Operaciones de Crédito vinculadas a la Salud”, “Regalías Petroleras vinculadas a la Salud” y “Otros Recursos vinculados a la Salud” presentaron participaciones menores y más estables, generalmente inferiores al 2%.

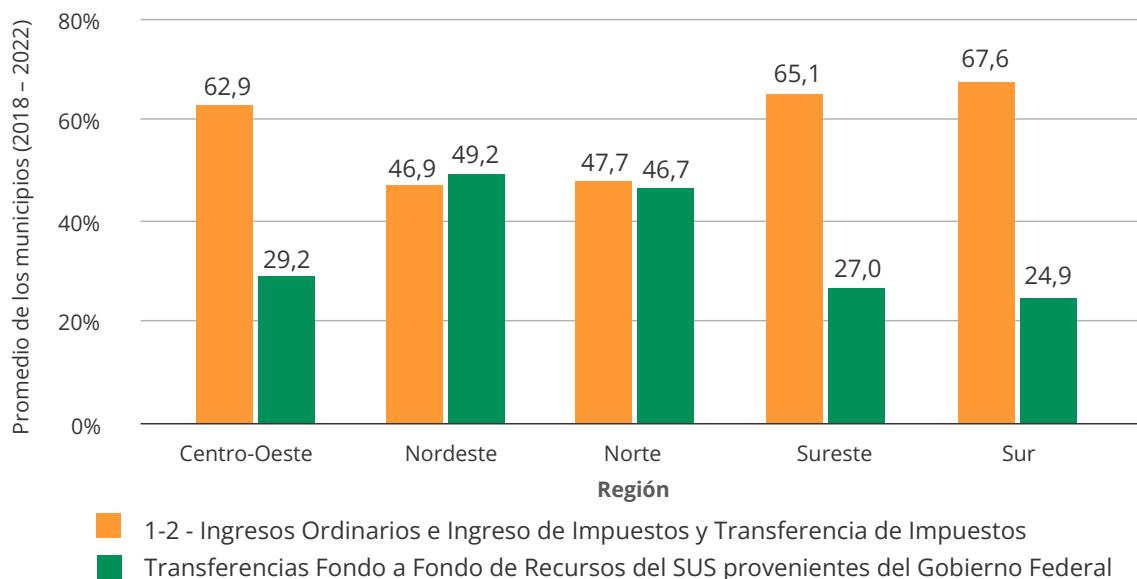
La línea “Total Gastos Transferencias Federales - ítem I del art. 5 de la Ley Complementaria nº 173 de 2020” es notable en 2020, pero casi inexistente en los demás años. La LC nº 173 del 27 de mayo de 2020 estableció el Programa Federativo de Combate al Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19) y modificó la Ley de Responsabilidad Fiscal (LC nº 101 del 4 de mayo de 2000). El principal objetivo de esta ley era proporcionar ayuda financiera a los estados, el Distrito Federal y los municipios para mitigar los impactos económicos y sociales de la pandemia.

En resumen, el gráfico muestra que, aunque con variaciones anuales, los “Recursos Ordinarios e Ingresos Tributarios y Transferencias Tributarias” y las “Transferencias de

Recursos del SUS del Gobierno Federal” son las principales fuentes de financiación de los gastos municipales en salud. La mayor participación del gobierno federal en 2020 destaca una respuesta específica a las necesidades de emergencia de ese año, es decir, debido a la pandemia, volviendo poco después a una distribución más típica en los años siguientes.

Estos datos muestran el predominio de los recursos propios en la financiación sanitaria municipal, con aportaciones complementarias de otras fuentes. Esta configuración pone de relieve la importancia de la previsibilidad de las transferencias federales y estatales, un reto recurrente debido a su frecuente irregularidad. Este escenario se presentará con más detalle en los párrafos siguientes.

Gráfico 4.12: Proporción de ingresos propios y transferencias federales por región



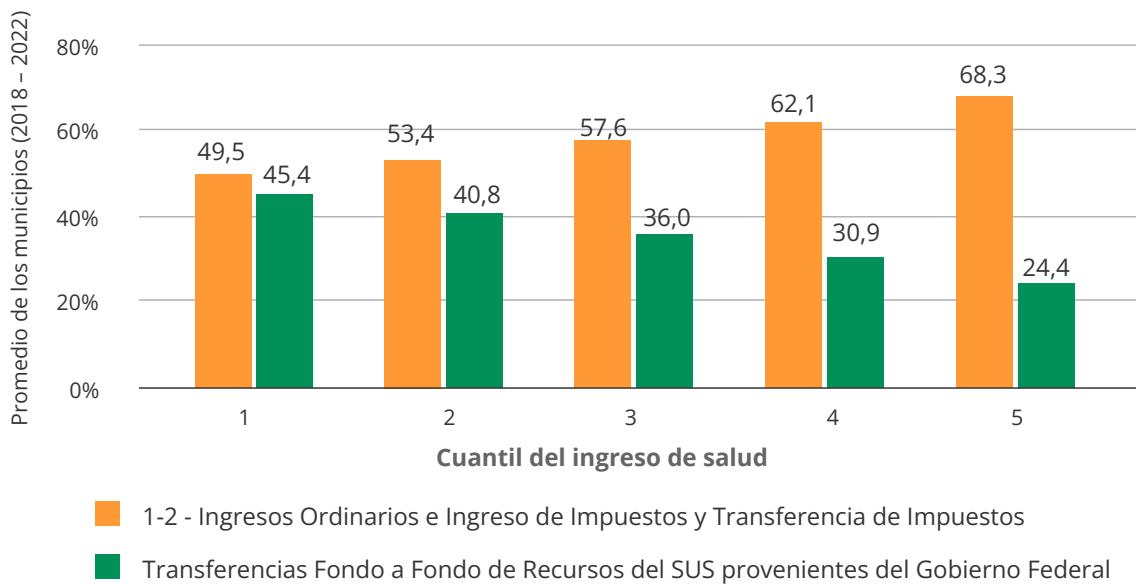
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.12 muestra la participación de los ingresos propios y de las transferencias del gobierno federal en el gasto en salud por región brasileña, con base en el promedio de los municipios para el período 2018 a 2022. Las transferencias estatales son mucho menos relevantes y se discutirán más adelante. En la región Centro-Oeste, los ingresos propios y las transferencias fiscales (en azul) representan el 62,9% de los recursos, mientras que las transferencias del FAF de los recursos del SUS procedentes del Gobierno federal (en rojo) suponen el 29,2%. En el Nordeste, los ingresos propios representan el 49,2% y las transferencias federales el 46,9%.

En el Norte, los ingresos propios y las transferencias fiscales representan el 47,7%, mientras que las transferencias federales suponen el 46,7%. En el Sureste, se observa la mayor proporción de ingresos propios, con un 65,1%, y las transferencias federales representan el 27%. En el Sur, los ingresos propios alcanzan el 67,6% y las transferencias federales el 24,9%.

Estos datos muestran que las regiones Sur y Sureste utilizan más sus ingresos propios y las transferencias fiscales locales para financiar el gasto sanitario, mientras que las regiones Norte y Noreste dependen más de las transferencias federales. La región Centro-Oeste tiene una dependencia intermedia entre sus ingresos propios y las transferencias federales.

Gráfico 4.13. Porcentaje de ingresos propios y transferencias gubernamentales por Decil.



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Nota: los municipios se agruparon en cinco cuantiles en función de los ingresos sanitarios per cápita. El primer cuantil incluye aquellos con valores entre R\$ 0 y R\$ 646,02, mientras que el segundo cuantil abarca de R\$ 646,02 a R\$ 782,17. En el tercer cuantil, los ingresos van de R\$ 782,17 a R\$ 944,96, y en el cuarto cuantil, de R\$ 944,96 a R\$ 1.212,67. Finalmente, en el quinto cuantil se encuentran los municipios con mayores ingresos, entre R\$ 1.212,67 y R\$ 4.578,59.

El Gráfico 4.13 muestra la participación de los ingresos propios y de las transferencias del gobierno federal en el gasto en salud por cuantiles de ingresos en salud, con base en el promedio de los municipios para el período 2018 a 2022. Para los municipios del primer cuantil (R\$ 0 - R\$ 646,02), los ingresos propios y las transferencias tributarias representan el 49,5% de los recursos, mientras que las transferencias FAF del SUS, provenientes del gobierno federal, representan el 45,4%.

En el segundo cuantil (R\$ 646,02 - R\$ 782,17), la participación de los ingresos propios aumenta al 53,4%, mientras que las transferencias federales caen al 40,8%. En el tercer cuantil (R\$782,17 - R\$944,96), los ingresos propios y las transferencias fiscales representan el 57,6% y las transferencias federales caen al 36%. En el cuarto cuantil (R\$944,96 - R\$1.212,67), esta tendencia se mantiene, los ingresos propios alcanzan el 62,1% y las transferencias federales caen al 30,9%. En el quinto cuantil (R\$1.212,67 - R\$4.578,59), que agrupa a los municipios con mayor gasto per cápita, los ingresos propios alcanzan el 68,3%, mientras que la participación de las transferencias federales cae al 24,4%.

Los datos muestran que los municipios con mayor disponibilidad de recursos propios tienden a tener un mayor gasto medio en salud. A medida que los municipios aumentan sus ingresos, disminuye su dependencia de las transferencias federales, lo que indica una mayor capacidad para financiar por sí mismos los servicios de salud.

Tabla 4.5. Distribución del gasto por subfunción según fuente en % 2018 a 2022

Año	Subfunción	Recursos propios	Transferencias del gobierno federal	Transferencias del gobierno del Estado	Otros
2018	Atención Básica	59,67%	36,72%	2,11%	1,50%
2019		59,58%	36,95%	1,95%	1,52%
2020		54,81%	40,13%	2,50%	2,56%
2021		49,16%	47,32%	1,70%	1,83%
2022		57,82%	34,37%	4,86%	2,96%
2018	Atención Hospitalaria y Ambulatoria	46,57%	47,58%	3,76%	2,08%
2019		46,89%	46,83%	4,36%	1,92%
2020		42,96%	48,52%	5,10%	3,42%
2021		48,20%	42,14%	6,13%	3,53%
2022		48,95%	37,23%	8,72%	5,10%
2018	Soporte Profiláctico y Terapéutico	47,74%	44,11%	6,48%	1,67%
2019		51,10%	41,25%	6,52%	1,13%
2020		51,56%	38,70%	8,01%	1,73%
2021		52,77%	34,21%	1,57%	2,45%
2022		51,79%	31,21%	1,56%	3,44%
2018	Vigilancia Sanitaria	52,81%	39,51%	1,39%	6,29%
2019		54,76%	37,36%	1,08%	6,80%
2020		49,09%	41,69%	1,81%	7,42%
2021		55,42%	37,54%	2,13%	4,91%
2022		55,79%	36,30%	4,86%	3,05%
2018	Vigilancia Epidemiológica	43,69%	53,15%	1,86%	1,30%
2019		48,34%	48,91%	1,45%	1,30%
2020		39,05%	55,86%	1,43%	3,67%
2021		47,83%	45,17%	3,29%	3,71%
2022		50,28%	42,22%	4,86%	2,64%
2018	Alimentación y Nutrición	77,89%	20,68%	0,76%	0,68%
2019		65,56%	26,80%	1,41%	6,23%
2020		73,46%	19,17%	3,69%	3,68%
2021		76,82%	12,67%	3,45%	7,06%
2022		65,75%	25,69%	4,86%	3,71%

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Nota: para la distribución de los gastos en la subfunción en el total, véase tabla 04.

La tabla 4.5 analiza la distribución del gasto municipal por subfunción y fuente de recursos entre 2018 y 2022, confirmando el papel central de los municipios en el financiamiento de la salud pública, a pesar de que su base de ingresos es significativamente menor y más volátil que la de los ámbitos estatal y federal. Incluso con las fluctuaciones de las transferencias, sus recursos propios han seguido sosteniendo la mayor parte del gasto en diversas áreas esenciales.

En asistencia sanitaria básica, los municipios han sido históricamente los principales financiadores, cubriendo el 59,67% del gasto en 2018. Este porcentaje disminuyó ligeramente hasta 2021, cuando alcanzó su nivel más bajo (49,16%), pero volvió a aumentar en 2022, alcanzando el 57,82%. Durante este período, el porcentaje de las transferencias federales aumentó hasta 2021, alcanzando el 47,32%, pero cayó al 34,37% en 2022. La participación de los estados, aunque pequeña, creció del 1,70% al 4,86% entre 2021 y 2022. Esta dinámica muestra que, incluso ante cambios en la composición de las transferencias intergubernamentales, los municipios siguen siendo los principales responsables de la financiación de la PC, garantizando la continuidad del servicio incluso en escenarios de inestabilidad fiscal.

En la AHA, la participación municipal también fluctuó, cayendo de 46,57% en 2018 a 42,96% en 2020, pero recuperándose a 48,95% en 2022. En cambio, las transferencias federales, que alcanzaron el 48,52% en 2020, cayeron progresivamente hasta el 37,23% en 2022. Hubo cierto crecimiento en las transferencias estatales, que pasaron del 3,76% en 2018 al 8,72% en 2022, aunque se mantuvieron en niveles muy bajos. Sin embargo, la mayor parte del gasto sigue recayendo en los municipios que, a pesar de tener menor capacidad de ingresos, necesitan destinar sus recursos para garantizar la continuidad de la atención hospitalaria y ambulatoria.

En el SPT, los municipios aumentaron su participación de 47,74% en 2018 a 52,77% en 2021, pero vieron una ligera caída a 51,79% en 2022. Al mismo tiempo, las transferencias federales siguieron una trayectoria descendente, pasando del 44,11% en 2018 al 31,21% en 2022. La participación estatal, por su parte, crece ligeramente hasta el 13,56% en 2022, el porcentaje más alto del período analizado. Aun así, las cifras muestran que los municipios siguen siendo la principal fuente de financiación en este ámbito, incluso ante la inestabilidad de las transferencias.

La Vigilancia Sanitaria también siguió siendo apoyada mayoritariamente por los municipios, cuya participación osciló entre el 49,09% y el 55,79% a lo largo del período. Las transferencias federales, que representaban el 41,69% en 2020, cayeron al 36,30% en 2022, mientras que las transferencias estatales, aunque todavía modestas, se triplicaron

con creces entre 2018 y 2022, alcanzando el 4,86%. Este patrón refuerza que, a pesar de las fluctuaciones en las transferencias externas, la responsabilidad fiscal y administrativa de la Vigilancia de la Salud sigue centrada en los municipios.

En la Vigilancia Epidemiológica, la participación de los municipios varió del 39,05% en 2020 al 50,28% en 2022, mientras que las transferencias federales, que alcanzaron el 55,86% en 2020, cayeron al 42,22% en 2022. Esta caída de la financiación federal se vio parcialmente compensada por un aumento de la participación estatal, que pasó del 1,86% en 2018 al 4,86% en 2022. A pesar de este crecimiento, los municipios siguen desempeñando un papel central en la financiación de esta subfunción, siendo responsables de absorber la mayor parte de las variaciones en las transferencias.

En la financiación de A&N, los municipios también han asumido la mayor carga, aunque su participación ha caído del 77,89% en 2018 al 65,75% en 2022. Las transferencias federales, que habían alcanzado su nivel más bajo en 2021 (12,67%), volvieron a crecer hasta el 25,69% en 2022. Los estados aumentaron su participación hasta el 4,86% en el mismo periodo, lo que puede indicar un esfuerzo regional para complementar las actuaciones municipales. Incluso con este refuerzo, la mayor parte de la financiación sigue dependiendo directamente de los ingresos municipales.

Tabla 4.6. Distribución del gasto por subfunción según fuente per cápita en R\$ - 2018 a 2022

Año	Subfunción	Recursos propios	Transferencias del gobierno federal	Transferencias del gobierno del Estado	Otros
2018	Atención Básica	201,78	124,18	7,15	5,08
2019		204,43	126,77	6,71	5,23
2020		201,65	147,62	9,21	9,40
2021		176,54	169,93	6,09	6,56
2022		253,71	150,79	21,32	13,00
2018	Atención Hospitalaria y Ambulatoria	173,53	177,32	14,01	7,77
2019		186,77	186,54	17,37	7,66
2020		194,14	219,26	23,05	15,44
2021		218,97	191,40	27,85	16,03
2022		251,20	191,02	44,76	26,15
2018	Soporte Profiláctico y Terapéutico	8,01	7,39	1,10	0,29
2019		9,23	7,47	1,19	0,19
2020		9,96	7,51	1,56	0,33
2021		10,88	7,08	2,20	0,52
2022		13,00	7,83	3,40	0,89

Tabla 4.6. Distribución del gasto por subfunción según fuente per cápita en R\$ - 2018 a 2022

Año	Subfunción	Recursos propios	Transferencias del gobierno federal	Transferencias del gobierno del Estado	Otros
2018	Vigilancia Sanitaria	4,32	3,21	0,10	0,53
2019		4,71	3,19	0,10	0,57
2020		4,63	3,92	0,19	0,71
2021		5,44	3,70	0,19	0,47
2022		6,60	4,28	0,59	0,34
2018	Vigilancia Epidemiológica	6,47	7,91	0,29	0,19
2019		8,04	8,14	0,24	0,24
2020		9,21	13,18	0,33	0,85
2021		10,97	10,36	0,75	0,84
2022		12,85	10,83	1,23	0,69
2018	Alimentación y Nutrición	0,29	0,10	0,00	0,00
2019		0,24	0,10	0,00	0,00
2020		0,33	0,09	0,00	0,00
2021		0,23	0,05	0,00	0,00
2022		0,44	0,15	0,05	0,00

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La Tabla 4.6 muestra la misma distribución por subfunción y fuente de financiación que la Tabla 4.5, ahora expresada en términos per cápita (R\$ por habitante), lo que permite medir con mayor precisión el esfuerzo fiscal de las diferentes esferas de gobierno a lo largo del tiempo. Los datos confirman el predominio de los municipios en la atención primaria, cuya inversión propia fluctuó, pero alcanzó los 253,71 reales per cápita en 2022, la cifra más alta del período. A pesar de la caída de las transferencias federales (de R\$169,93 en 2021 a R\$150,79 en 2022), los municipios consiguieron aumentar sustancialmente su asignación. Destaca también el aumento significativo de la participación del Estado en ese mismo año, que pasó de R\$6,09 a R\$21,32 por habitante.

En las demás subfunciones, el patrón se repite: el gasto municipal no solo se mantiene alto, sino que crece en términos absolutos, incluso cuando otras fuentes fluctúan. En la AHA, por ejemplo, las inversiones propias pasaron de 173,53 reales en 2018 a 251,20 reales en 2022, compensando parcialmente la reducción de las transferencias federales observada a partir de 2020. Incluso subfunciones con montos menores, como Vigilancia

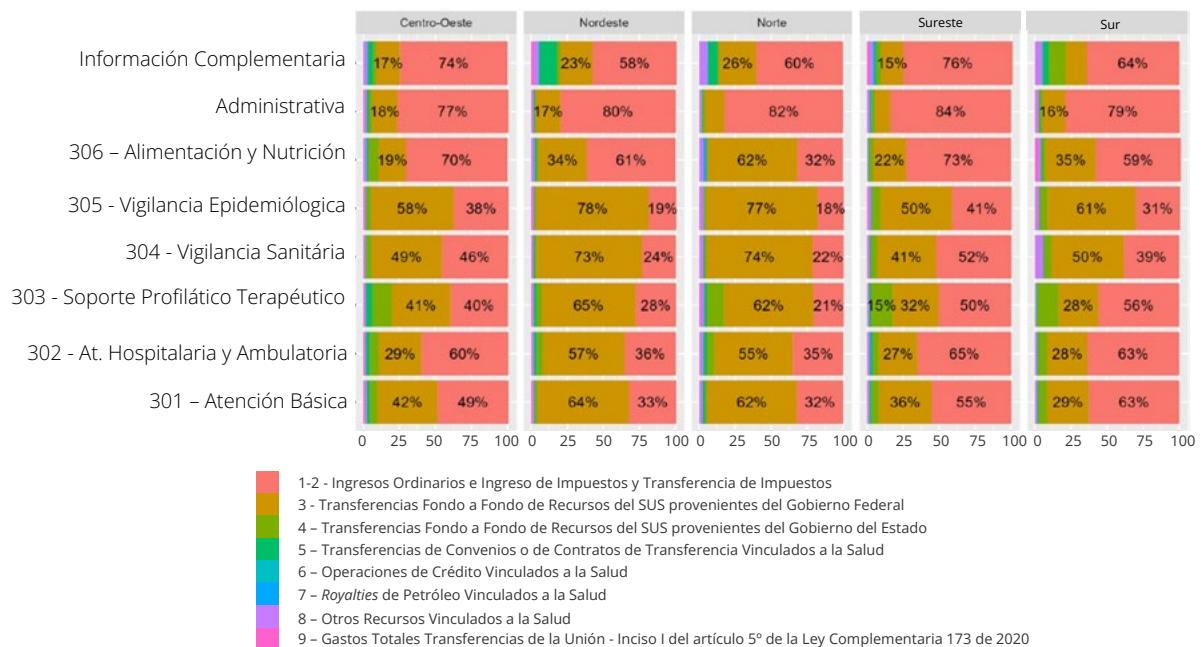
Sanitaria o A&N, muestran esta resiliencia municipal, con aumentos per cápita incluso ante la baja colaboración estatal o federal. Por tanto, la lectura per cápita ilustra aún más claramente el esfuerzo redistributivo local y la presión presupuestaria que soportan las administraciones municipales para garantizar el acceso a la salud.

En resumen, el análisis de la serie histórica muestra que, aunque las transferencias estatales y federales han variado a lo largo del periodo, la responsabilidad financiera de los municipios se ha mantenido elevada, volviendo a crecer en 2022 tras reducciones puntuales en años anteriores. Además de ser menor que la estatal y la federal, la base de ingresos municipales es más volátil y depende de factores externos como los ciclos económicos y las políticas fiscales. Sin embargo, ante el reto de responder a las demandas de salud de la población, los municipios han comenzado a sostener gran parte de sus gastos, ajustando su asignación de recursos incluso ante la incertidumbre de las transferencias intergubernamentales. Este escenario refuerza la necesidad de mecanismos que garanticen una mayor previsibilidad presupuestaria para los municipios, permitiéndoles mantener la prestación de servicios esenciales sin sufrir las consecuencias deletéreas de la inestabilidad de las transferencias.

Los gráficos siguientes analizan la distribución del gasto por diferentes secciones. El Gráfico 4.14, por ejemplo, muestra la distribución de las fuentes de ingresos para el gasto en salud por subfunción, dividido por región de Brasil (Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sudeste y Sur), basado en el promedio de los municipios para el periodo 2018 a 2022. El análisis revela diferencias significativas en las fuentes de financiación entre regiones y subfunciones.

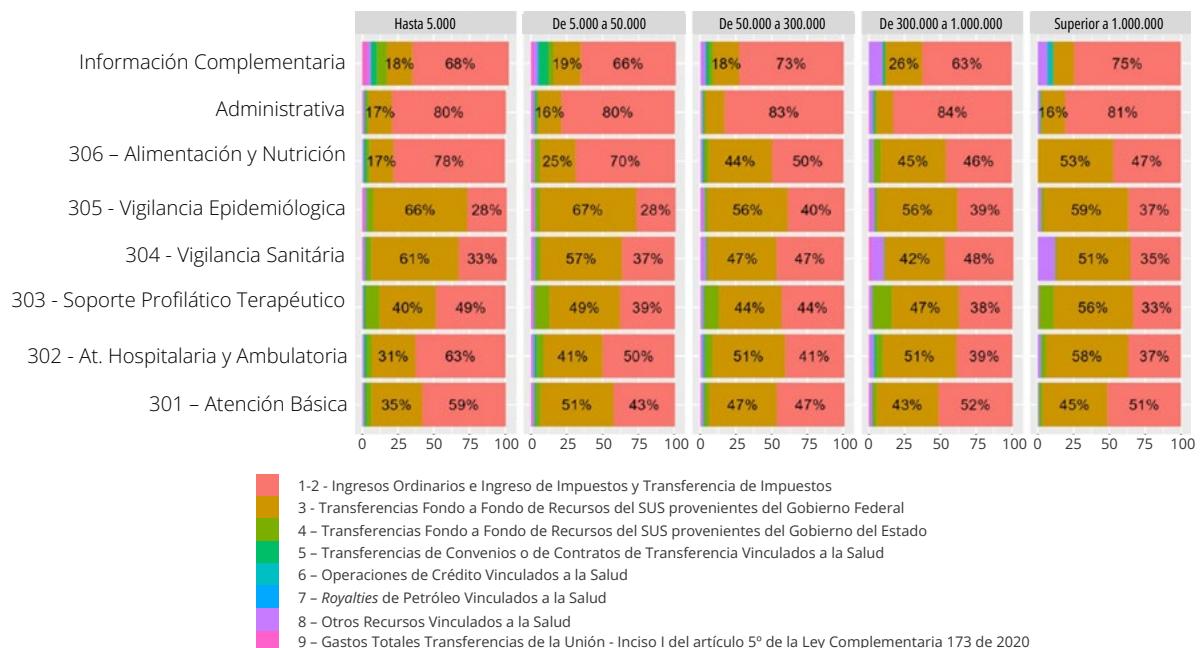
Estas diferencias regionales en las fuentes de ingresos por subfunción de gasto reflejan variaciones en las capacidades económicas y las prioridades de las políticas de salud pública de cada región. Las regiones con menor capacidad para movilizar recursos propios, como el Norte y el Nordeste, contrastan con el Sudeste y el Sur, que tienen una mayor participación de los ingresos ordinarios en el gasto de salud.

Gráfico 4.14. % de gastos por subfunción y fuente - regiones



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

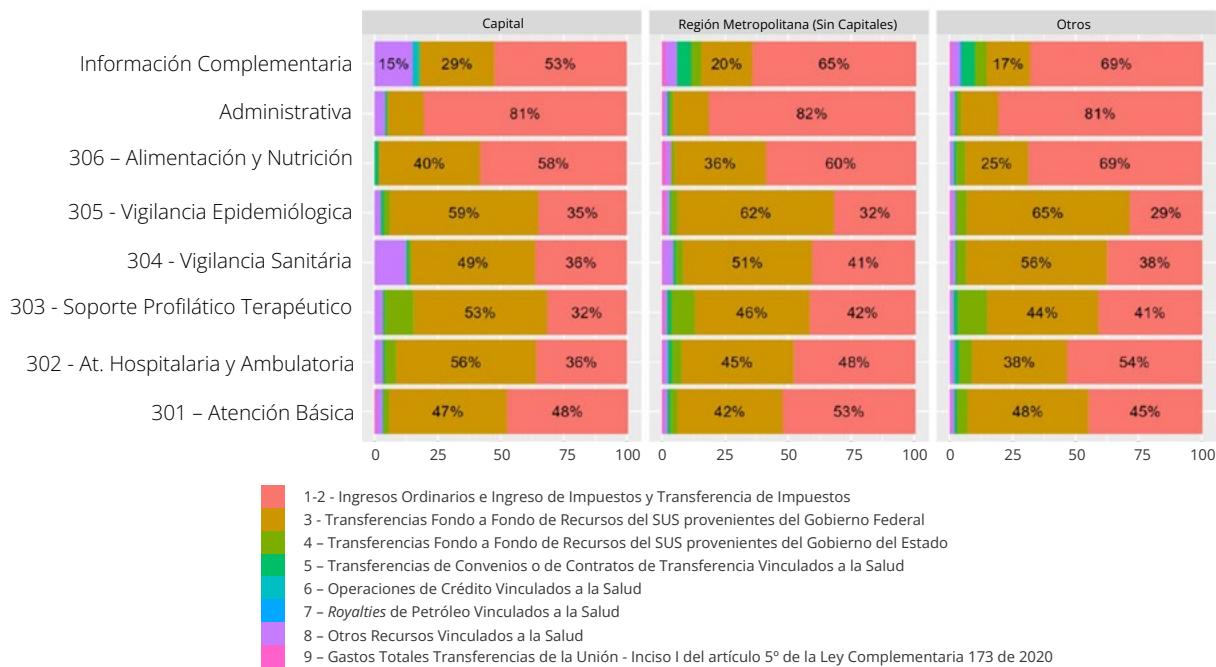
Gráfico 4.15. % de gasto por subfunción y fuente - tamaño del municipio



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.15 muestra la distribución de las fuentes de ingresos para los gastos en salud por subfunción, desglosada por tamaño de la población de los municipios brasileños, con base en el número promedio de municipios para el período de 2018 a 2022. Los datos muestran que los municipios más pequeños dependen más de las transferencias federales para financiar sus gastos en salud, especialmente en las subfunciones de A&N, Vigilancia Epidemiológica y Vigilancia Sanitaria. A medida que aumenta el tamaño de la población de los municipios, tiende a crecer la proporción de ingresos ordinarios, lo que refleja una mayor capacidad para recaudar sus propios fondos. Los municipios más grandes, especialmente los de más de 1 millón de habitantes, muestran una mayor diversificación de las fuentes de ingresos, aunque las transferencias federales y el gasto propio siguen representando una parte importante de la financiación.

Gráfico 4.16. % de gasto por subfunción y fuente - por tipo de municipio.



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 4.16 muestra la distribución de las fuentes de ingresos para el gasto en salud por subfunción, desglosada por tipo de ciudad (capitales, regiones metropolitanas sin capitales y otros municipios), con base en el promedio de municipios para el período de 2018 a 2022. El análisis de la distribución del gasto sanitario entre capitales, municipios de regiones metropolitanas (sin incluir capitales) y otros municipios revela

diferencias significativas en la capacidad de cada grupo para articular recursos propios que compensen su dependencia de las transferencias federales.

Las capitales tienen una mayor capacidad recaudatoria y diversificación de fuentes de ingresos, lo que les permite reducir su dependencia de las transferencias federales y mantener una mayor autonomía financiera en la asignación de recursos. Este patrón se refleja, por ejemplo, en los Gastos Administrativos, donde el 81% del gasto se cubre con ingresos propios, y en la Información Complementaria, donde los recursos propios representan el 29%. En APS y AHA (302), sin embargo, los ingresos propios suponen el 47% y el 50% respectivamente, lo que demuestra que incluso en subfunciones tradicionalmente financiadas por transferencias, las capitales consiguen movilizar recursos propios para equilibrar la financiación.

En los municipios de las regiones metropolitanas sin las capitales, se observa un perfil intermedio, en el que hay una combinación de recursos propios y transferencias federales, pero con menor capacidad para compensar la reducción de las transferencias. Estos municipios aún disponen de cierta estructura para recaudar fondos propios, pero su articulación financiera es menos sólida que la de las capitales. Esto se refleja en APS y AHA, donde los recursos propios cubren el 47% y el 45% del gasto, mientras que las transferencias federales representan el 44% y el 48%, respectivamente. Sin embargo, en áreas como A&N (306) y Vigilancia Epidemiológica, la dependencia de las transferencias federales es evidente, alcanzando el 63% y el 62% del gasto. Esa menor capacidad de compensación con recursos propios hace que esos municipios sean más vulnerables a las fluctuaciones de la financiación federal, afectando su estabilidad financiera en la prestación de servicios de salud.

En los demás municipios, que incluyen localidades más pequeñas y alejadas de los grandes centros urbanos, la fragilidad impuesta por las transferencias federales es aún más acentuada debido a la menor capacidad de movilizar recursos propios para suplir eventuales lagunas en la financiación federal. Estos municipios, a diferencia de las capitales y las regiones metropolitanas, disponen de menos instrumentos para compensar cualquier reducción del volumen de las transferencias federales, lo que los hace más vulnerables financieramente y susceptibles de sufrir recortes presupuestarios en el sector de salud.

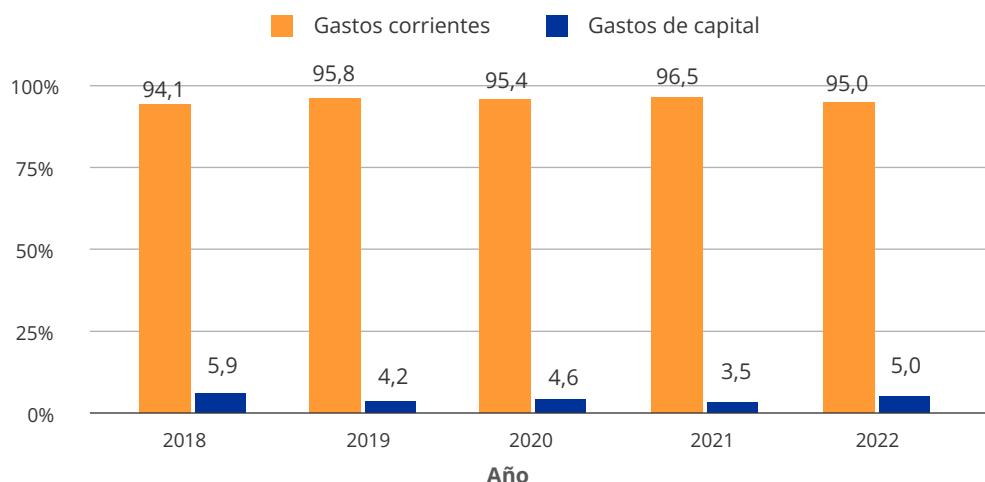
La relación entre la dependencia de las transferencias federales y la capacidad de movilizar recursos propios pone de manifiesto la importancia de un modelo de financiación sanitaria que tenga en cuenta estas diferencias estructurales. Mientras que las capitales son capaces de articular sus propios ingresos para reducir su dependencia

de las transferencias federales, los municipios de las regiones metropolitanas sin las capitales tienen una capacidad limitada de compensación, y los demás municipios se enfrentan a mayores dificultades para equilibrar su financiación. Este escenario refuerza la necesidad de políticas públicas que garanticen una mayor previsibilidad en las transferencias federales y fomenten el fortalecimiento de los ingresos municipales, con el fin de reducir las desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud entre los diferentes tipos de ciudades.

4.3 GASTOS POR CATEGORÍA ECONÓMICA

En este subcapítulo, analizamos la composición del gasto por categoría económica. Los gastos de capital son fundamentales, ya que indican la capacidad de expansión del sistema, mientras que los gastos corrientes indican el coste de funcionamiento de la estructura actual. Se utilizaron los importes declarados por clasificación económica que figuran en el SIOPS. En resumen, de cada 100 reales, casi el 95% se destina a gastos corrientes, en línea con la media de todo el período.

Gráfico 4.17. Gastos corrientes y de capital de los municipios - distribución en %



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

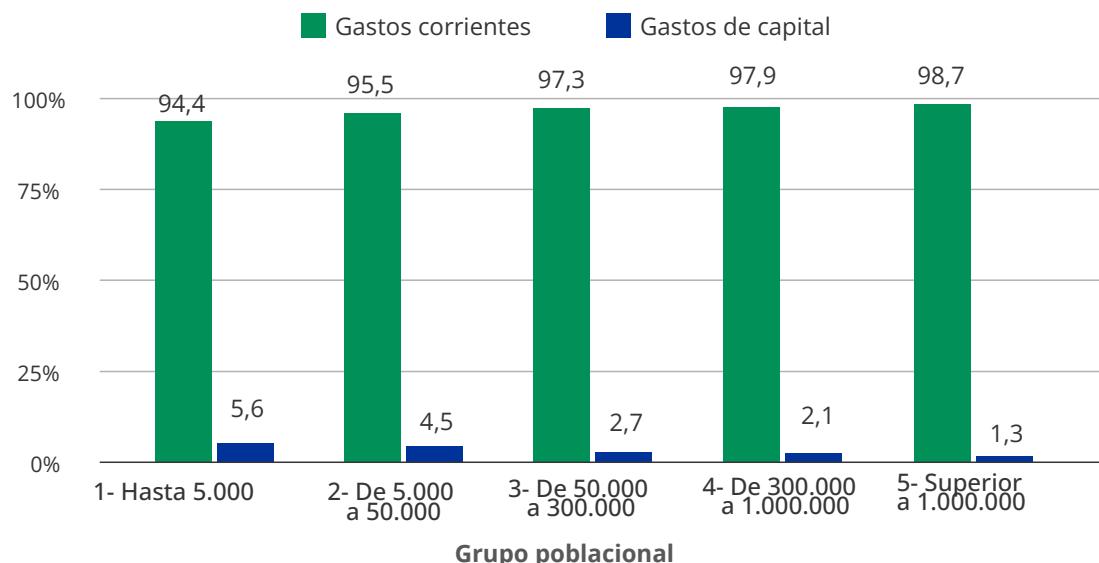
El Gráfico 4.17 muestra la distribución de los gastos corrientes y de capital en salud, con base en el promedio de los municipios entre 2018 y 2022, en porcentajes. El gasto corriente, mostrado en azul, indica el coste de funcionamiento de la estructura sanitaria actual, mientras que el gasto de capital, en rojo, indica la capacidad de expansión del sistema.

En 2018, el gasto corriente supuso el 94,1% del total, mientras que el gasto de capital fue del 5,9%. En 2019, el gasto corriente aumentó hasta el 95,8%, mientras que el gasto de capital cayó hasta el 4,2%. En 2020, el gasto corriente siguió aumentando, alcanzando el 95,4%, mientras que el gasto de capital cayó al 4,6%. En 2021 continuó la tendencia al alza de los gastos corrientes, que alcanzaron el 96,5%, con una reducción de los gastos de capital hasta el 3,5%. En 2022, el gasto corriente fue del 95%, y el gasto de capital aumentó ligeramente hasta el 5%.

Este patrón indica que mientras el gasto corriente crece, el gasto de capital pierde terreno⁹. Esto puede sugerir que se está dando mayor prioridad al funcionamiento cotidiano de los servicios de salud en detrimento de la ampliación y mejora de las infraestructuras sanitarias. La relación media entre gastos corrientes y gastos de capital en la OCDE es de 6,82, lo que pone de manifiesto una diferencia significativa entre la media de los municipios brasileños y los estándares internacionales.

El análisis destaca la necesidad de equilibrar mejor los gastos corrientes y de capital para garantizar no solo el mantenimiento de los servicios de salud, sino también la ampliación y modernización de las infraestructuras, con vistas a la mejora continua del sistema de salud.

Gráfico 4.18. Gasto corriente y de capital por grupo de población



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 4.18 muestra la distribución del gasto corriente y de capital en salud, desglosado por grupo poblacional de los municipios, con base en el gasto promedio de 2018 a 2021. El gasto corriente, mostrado en azul, refleja el coste de funcionamiento de la estructura de salud existente, mientras que el gasto de capital, en rojo, representa las inversiones para ampliar y mejorar el sistema.

Estos datos indican que el gasto de capital es mayor en los municipios más pequeños, lo que sugiere que aún están en proceso de desarrollo y ampliación de su infraestructura sanitaria. Por el contrario, los municipios más grandes tienen una proporción significativamente mayor de gasto corriente, lo que indica una mayor atención al mantenimiento y funcionamiento de la infraestructura sanitaria existente.

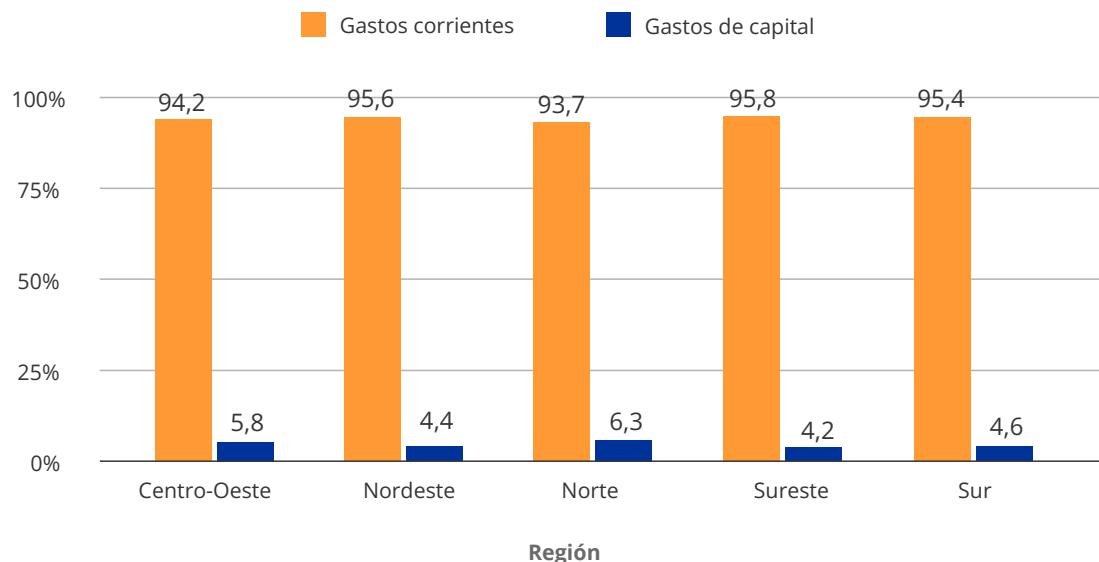
El análisis revela la importancia de reanudar la inversión continua en infraestructuras sanitarias, especialmente en los municipios más pequeños, para garantizar la capacidad de ampliar y mejorar los servicios de salud. En el caso de los municipios más grandes, es necesario equilibrar mejor el gasto corriente con las inversiones de capital para garantizar la modernización continua y la adaptación a las crecientes demandas de la población.

El gráfico 4.19 muestra la distribución de los gastos corrientes y de capital en salud en los municipios, por regiones, basándose en la media de los años 2018 a 2021. El gasto corriente, representado en azul, muestra el coste de funcionamiento de la estructura sanitaria existente, mientras que el gasto de capital, en rojo, representa las inversiones para ampliar y mejorar el sistema.

Estos datos indican que el gasto de capital es mayor en el Norte, lo que sugiere que esta región está invirtiendo proporcionalmente más en ampliar y mejorar su infraestructura sanitaria. Por el contrario, la región Sudeste presenta la menor proporción de gastos de capital, lo que refleja una mayor presión sobre el mantenimiento y el funcionamiento de la infraestructura sanitaria existente.

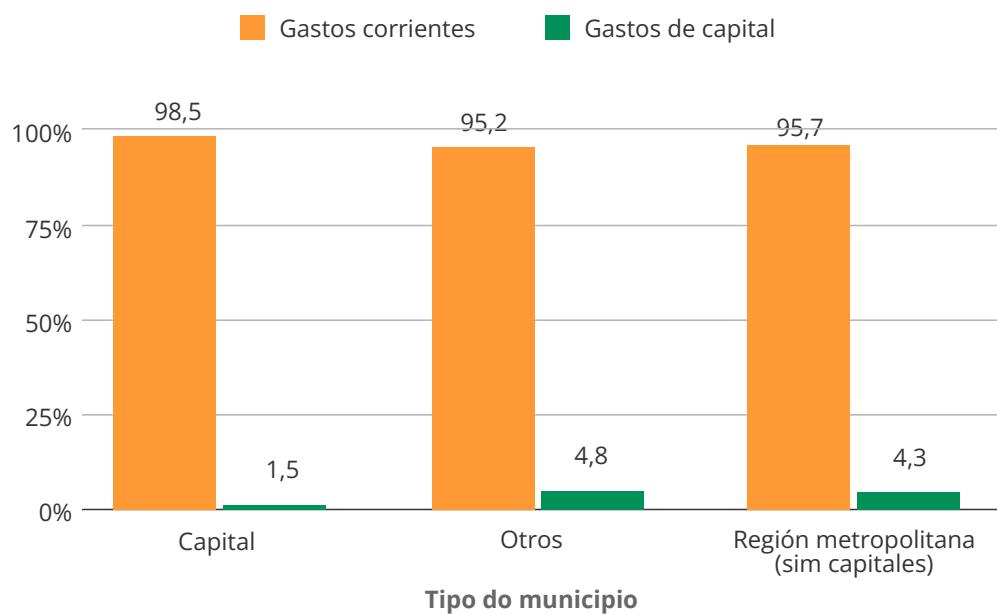
El análisis revela que las diferentes regiones de Brasil tienen una composición variada en relación con el gasto sanitario por capital. Esto resalta la importancia de estrategias regionales específicas para atender las necesidades y desafíos de cada área, garantizando un desarrollo equilibrado y sostenible del sistema de salud en todo el país.

Gráfico 4.19 - Gasto corriente y de capital por región



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 4.20. Gasto corriente y de capital por región tipo de municipio



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.20 muestra la distribución del gasto corriente y de capital en salud, por tipo de municipio (capitales, otros y regiones metropolitanas sin capitales), con base en el promedio de los años 2018 a 2021. El gasto corriente, que se muestra en azul, refleja el coste de funcionamiento de la estructura sanitaria existente, mientras que el gasto de capital, en rojo, representa las inversiones para ampliar y mejorar el sistema.

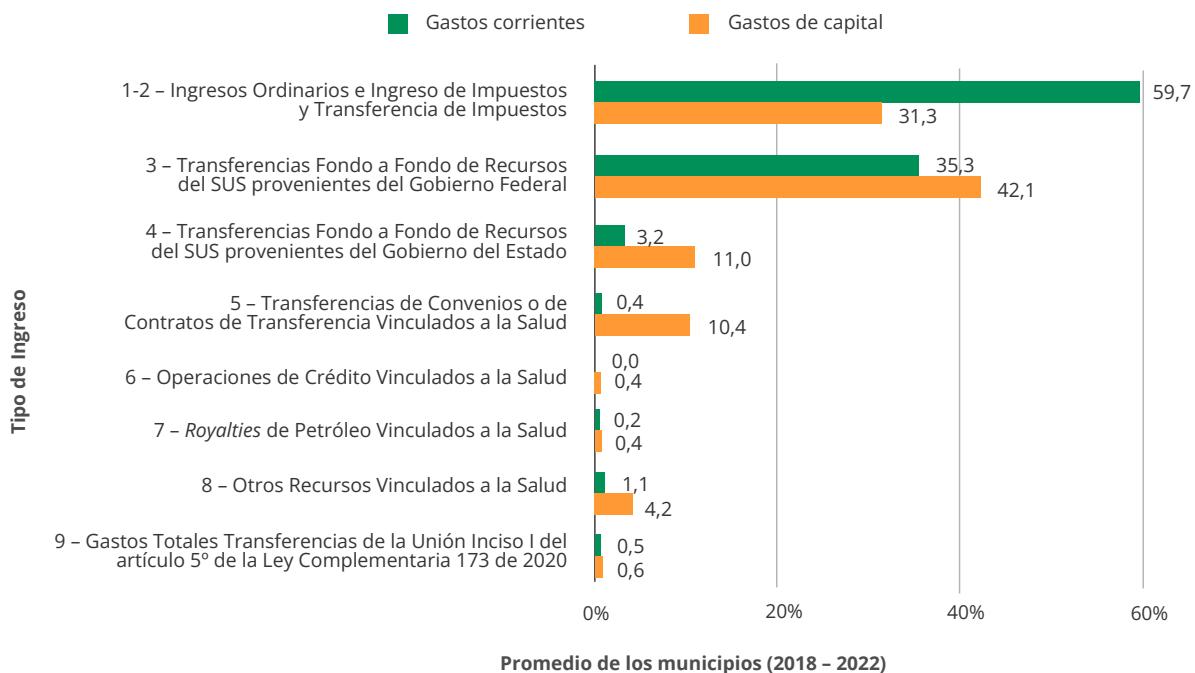
En las capitales, el 98,5% del gasto es corriente y el 1,5% de capital. En los demás municipios, el 95,2% de los gastos son corrientes y el 4,8% de capital. En las regiones metropolitanas sin capitales, el 95,7% del gasto es corriente y el 4,3% de capital.

Los datos muestran que las capitales destinan una parte menor de sus presupuestos sanitarios a gastos de capital en comparación con los municipios que no son capitales. Esto puede estar relacionado con la fuerte presión ejercida por el gasto corriente para mantener las infraestructuras y servicios existentes, lo que reduce el margen para nuevas inversiones. En cambio, otros municipios y regiones metropolitanas sin capital dedican una mayor proporción de sus presupuestos a gastos de capital porque son relativamente menos susceptibles a tales presiones.

El análisis revela que las distintas necesidades de infraestructuras sanitarias varían según el tipo de municipio. Las capitales, con estructuras más consolidadas, priorizan el mantenimiento y el funcionamiento, mientras que el resto de municipios y regiones metropolitanas sin capital se centran más en ampliar y modernizar sus servicios de salud para satisfacer la creciente demanda.

El gráfico 4.21 muestra la distribución de los gastos corrientes y de capital en salud por fuente de ingresos según la media de los municipios para el periodo de 2018 a 2021. Los gastos corrientes, mostrados en azul, se financian principalmente con ingresos propios, mientras que los gastos de capital, en rojo, dependen sobre todo de transferencias.

En el caso de los gastos corrientes, el 59,7% se financia con recursos ordinarios e ingresos tributarios, incluidas las transferencias fiscales. Otras fuentes son las transferencias del FAF de recursos del SUS provenientes de los gobiernos federal (35,3%) y estatales (3,2%), las transferencias provenientes de convenios o contratos de préstamo vinculados a la salud (0,4%), las operaciones de crédito vinculadas a la salud (0,1%), las regalías petroleras vinculadas a la salud (0,4%), otros recursos vinculados a la salud (1,2%) y el gasto total en transferencias de la Unión (0,4%).

Gráfico 4.21. Gastos corrientes y de capital por fuente de ingresos

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Para los gastos de capital, la principal fuente de financiación son las transferencias del FAF de recursos del SUS provenientes del gobierno federal (42,1%). Le siguen los recursos ordinarios y la recaudación tributaria (31,3%), las transferencias de convenios o contratos de transferencia vinculados a la salud (11%), las transferencias del FAF de recursos del SUS provenientes del gobierno estadual (3,2%), otros recursos vinculados a la salud (1%), las operaciones de crédito vinculadas a la salud (0,4%), las regalías del petróleo vinculadas a la salud (0,6%) y el gasto total en transferencias de la Unión (0,1%).

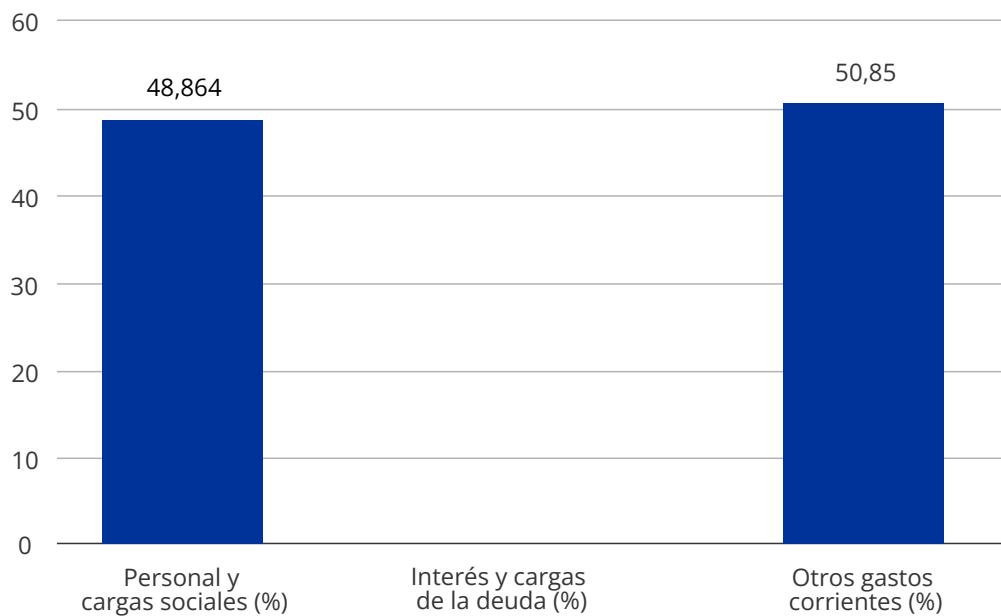
Estas cifras indican que la principal fuente de gastos corrientes son los ingresos propios, que reflejan la recaudación de impuestos locales y las transferencias. En cambio, la principal fuente de gastos de capital son las transferencias, especialmente las procedentes del gobierno federal. Esto demuestra que, mientras que el funcionamiento cotidiano de los servicios de salud depende en gran medida de los ingresos locales, las inversiones en infraestructuras y la expansión del sistema de salud dependen más de los fondos transferidos por los gobiernos federal y estatales, especialmente de las enmiendas parlamentarias.

Este análisis pone de relieve la importancia de una estructura de financiación equilibrada que permita tanto el mantenimiento como la expansión de los servicios de salud. Los municipios que consiguen equilibrar el déficit de transferencias con sus propios ingresos están en mejores condiciones de garantizar la sostenibilidad y la mejora continua de sus sistemas de salud, aunque ello acabe comprometiendo el gasto en otros sectores y constituya un incumplimiento del pacto de responsabilidad del SUS.

4.3.1 GASTOS CORRIENTE

A continuación analizaremos en detalle el gasto corriente.

Gráfico 4.22. Distribución del gasto corriente



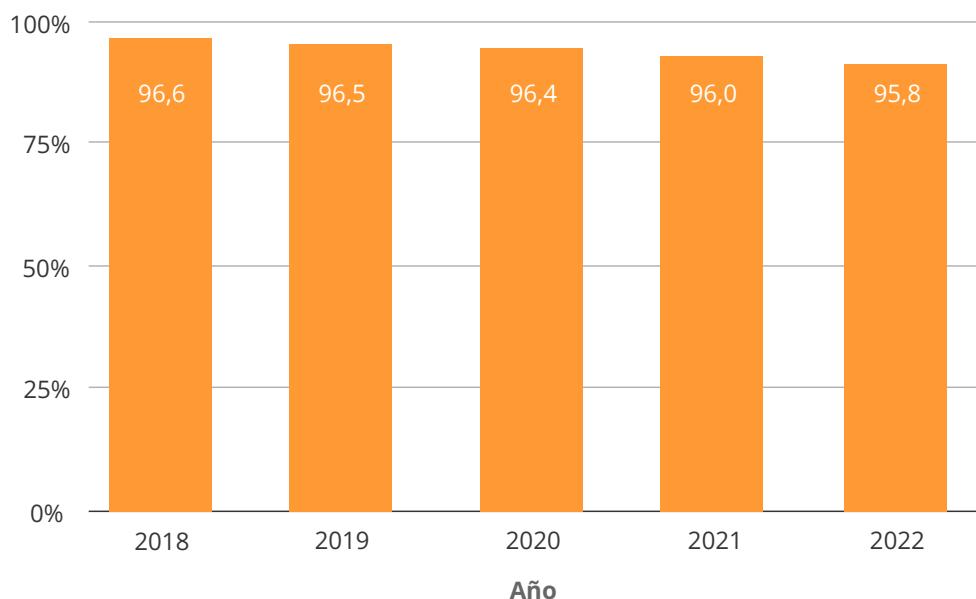
Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.22 muestra la distribución del gasto sanitario corriente en promedio entre 2018 y 2022, dividido en tres categorías: personal y cargas sociales, intereses y cargas de la deuda, y otros gastos corrientes. El panorama general muestra una tendencia a la baja en la proporción de la categoría de gastos de personal y cargas sociales a lo largo de los años, pasando del 52,15% en 2018 al 47,43% en 2022. Por otro lado, los otros gastos corrientes aumentaron gradualmente del 47,94% en 2018 al 52,55% en 2022, lo que indica una redistribución del gasto dentro de los gastos sanitarios corrientes. Este cambio puede reflejar una mayor asignación de recursos al coste de los insumos, los

servicios externalizados y el mantenimiento de infraestructuras en detrimento de las nóminas. Además, los gastos por intereses y deuda no fueron significativos durante la mayor parte del periodo analizado, manteniéndose en 0% entre 2018 y 2021, pero con una ligera inclusión en 2022 (0.02%), posiblemente reflejando algún ajuste fiscal o refinanciamiento de pasivos en el sector salud.

Estos datos sugieren una reorientación del gasto corriente, con menos énfasis en el personal y las cargas sociales y más en otros gastos corrientes, lo que posiblemente refleja cambios en las prioridades de financiación dentro del sistema de salud. Esta redistribución puede indicar una adaptación a las crecientes demandas de servicios de salud y la necesidad de asignar recursos a diversas áreas operativas, además de pagar al personal. En el grupo de otros gastos corrientes destacan las transferencias a Instituciones Privadas sin Fines de Lucro y a Consorcios Públicos. Este grupo de gastos se estudiará con más detalle a continuación.

Gráfico 4.23. Aplicaciones directas

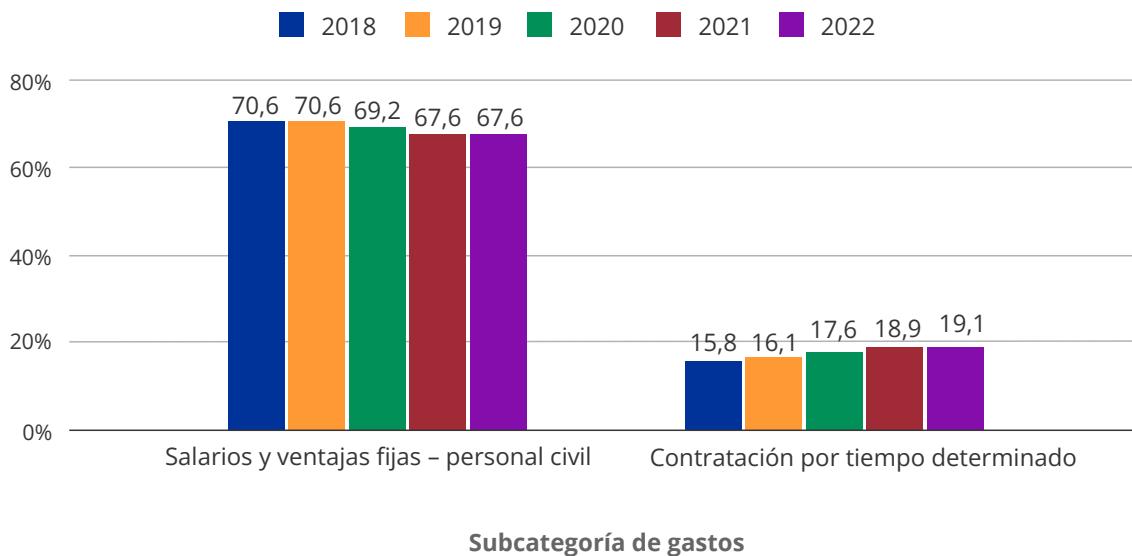


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.23 muestra la evolución del porcentaje de aplicaciones directas sobre el total de gastos de personal y cargas sociales entre 2018 y 2022. Los datos muestran que más del 90% de estos gastos se realizaron mediante aplicaciones directas, lo que muestra un patrón consolidado en la gestión de estos recursos. En 2018, el 96,6% del gasto en gas-

tos de personal y cargas sociales se aplicó directamente, manteniéndose prácticamente estable en los años siguientes: 96,5% en 2019, 96,4% en 2020, 96% en 2021 y 95,8% en 2022. Esta ligera reducción a lo largo del periodo indica una ligera flexibilización en el modelo de ejecución, pero sin cambios significativos en el predominio de las aplicaciones directas. Las aplicaciones directas se refieren a la ejecución de créditos presupuestarios realizada directamente por la unidad responsable del presupuesto o a través de la descentralización de recursos a otras entidades de la misma esfera de gobierno, abarcando los Presupuestos Fiscal y de Seguridad Social.

Gráfico 4.24. Detalle de las aplicaciones directas



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

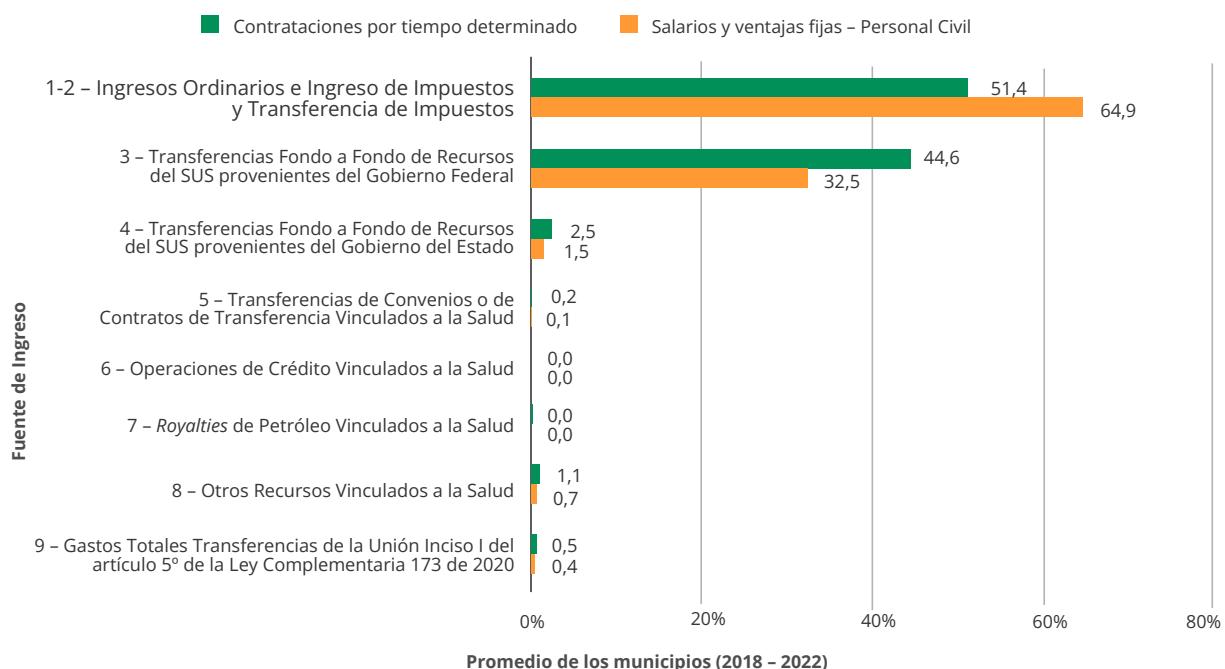
El Gráfico 4.24 muestra el desglose del gasto directo en gastos de personal y cuotas sociales, dividido en dos subcategorías: sueldos civiles y prestaciones fijas y contratos a plazo fijo, de 2018 a 2022.

En 2018, el 70,6% del gasto directo se destinó a sueldos y prestaciones civiles. En 2019, este porcentaje se mantuvo estable en el 70,6%. En 2020, hubo una ligera reducción al 69,2%. En 2021, el porcentaje cayó al 67,6% y en 2022 se mantuvo estable en el 67,6%. En cuanto a la subcategoría de contratos de duración determinada, en 2018, el 15,8% de las solicitudes directas se destinaron a este fin. En 2019, este porcentaje aumentó al 16,1%. En 2020, el porcentaje aumentó al 17,6%. En 2021, se produjo un aumento significativo hasta el 18,9% y, en 2022, la proporción siguió creciendo hasta alcanzar el 19,1%.

Estas cifras indican que, dentro de las aplicaciones directas de los costes de personal y las cotizaciones sociales, los salarios y las ventajas fijas para el personal civil han ido perdiendo terreno en favor de los contratos de duración determinada a lo largo de los años. Esta tendencia puede reflejar una mayor flexibilidad en la gestión del personal, con un aumento del recurso a los contratos temporales en detrimento de los costes fijos del personal civil.

El análisis revela un cambio en las prioridades de asignación de recursos dentro de los gastos de personal, lo que indica una posible adaptación a la evolución de las necesidades y a las crecientes demandas del sector sanitario. Esto también podría apuntar a estrategias a corto plazo para satisfacer necesidades emergentes o específicas sin poner en peligro los recursos a largo plazo.

Gráfico 4.25. Aplicaciones directas detalladas por fuente



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 4.25 muestra las cuentas seleccionadas para las aplicaciones directas de los gastos de personal y cargas sociales, desglosadas por fuente de ingresos en dos categorías: contratos de duración determinada y salarios y ventajas fijas del personal civil.

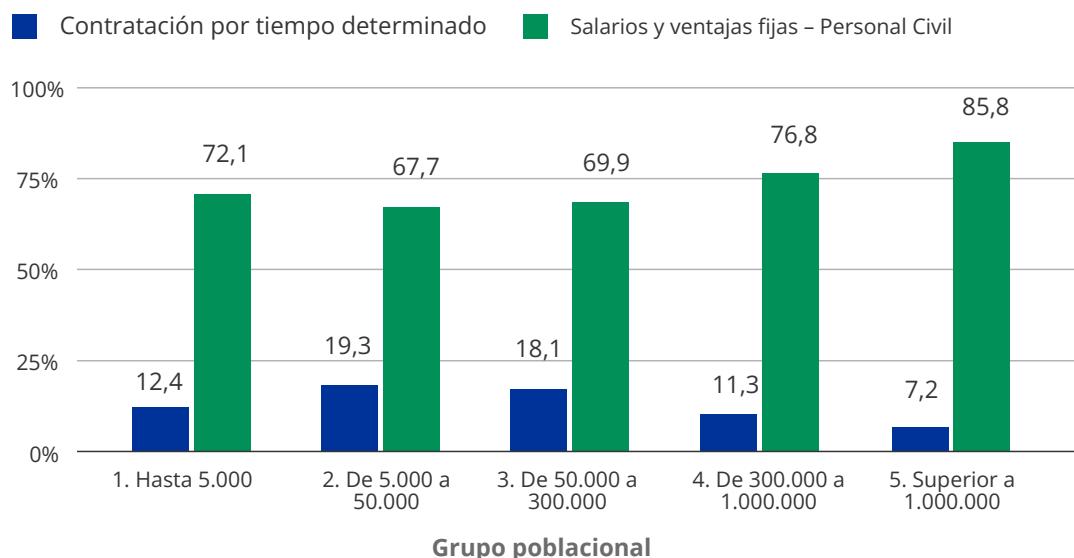
Para los salarios y prestaciones del personal civil, el 64,9% de los ingresos proceden de los recursos ordinarios y de los ingresos fiscales, incluidas las transferencias de impuestos. Las transferencias del FAF de fondos del SUS procedentes del gobierno federal aportan el 32,5%, mientras que el 1,5% de los ingresos procede de transferencias del FAF de fondos del SUS procedentes del gobierno estatal. Otras fuentes, como las transferencias de convenios, operaciones de crédito, regalías petroleras, otros recursos vinculados a la salud y el gasto total de las transferencias federales, tienen participaciones menores, que oscilan entre 0% y 0,4%.

En el caso de los contratos de duración determinada, el 51,4% de los ingresos proceden de los recursos ordinarios y de los ingresos fiscales, incluidas las transferencias fiscales. Las transferencias del FAF de recursos del SUS provenientes del gobierno federal representan 44,6% y 2,5% de los ingresos provienen de transferencias del FAF de recursos del SUS provenientes del gobierno estadual. Otras fuentes, como las transferencias de convenios, las operaciones de crédito, los royalties del petróleo, otros recursos vinculados a la salud y el gasto total en transferencias de la Unión, tienen participaciones menores, que oscilan entre el 0% y el 1,7%.

Estos datos indican que la mayor parte del gasto en sueldos y salarios del personal civil se financia con recursos ordinarios e ingresos tributarios, mientras que las transferencias del FAF de recursos del SUS provenientes del gobierno federal también desempeñan un papel importante, especialmente en los contratos de plazo fijo, donde representan casi la mitad de los ingresos.

El análisis revela que, si bien ambas categorías de gastos dependen en gran medida de los recursos ordinarios y de las transferencias tributarias, los contratos a plazo fijo tienen una mayor dependencia de las transferencias del FAF de recursos del SUS provenientes del gobierno federal, en comparación con los salarios y las ventajas fijas del personal civil. Esto sugiere un enfoque diversificado para financiar los diferentes tipos de gastos de personal, lo que refleja la complejidad y las variadas fuentes de financiación necesarias para mantener y ampliar el personal de salud.

Gráfico 4.26. Detalle de las aplicaciones directas por grupos de población

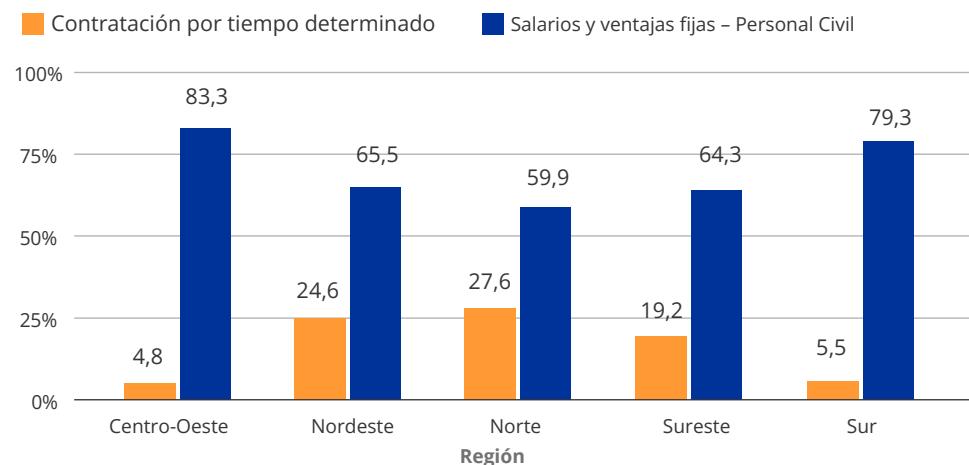


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 4.26 muestra el desglose del gasto directo en gastos de personal y cotizaciones sociales por grupos de población. Los datos muestran que la proporción del gasto en salarios y prestaciones fijas para el personal civil aumenta con el tamaño de la población del municipio. Por el contrario, la proporción de gasto en contratos de duración determinada disminuye a medida que aumenta la población. Esto sugiere que los municipios más pequeños recurren más a los contratos temporales para cubrir sus necesidades de personal, mientras que los municipios más grandes tienen una estructura de personal más estable y fija, lo que se refleja en un mayor gasto en salarios y prestaciones fijas.

Este análisis revela la variación en la gestión de los gastos de personal según el tamaño de la población de los municipios, poniendo de relieve las diferentes estrategias adoptadas para hacer frente a las demandas sanitarias en cada contexto. Los municipios más pequeños tienden a utilizar más contratos temporales, posiblemente para mantener la flexibilidad y controlar los costes, mientras que los municipios más grandes invierten más en personal fijo, lo que indica una mayor capacidad para mantener una plantilla permanente.

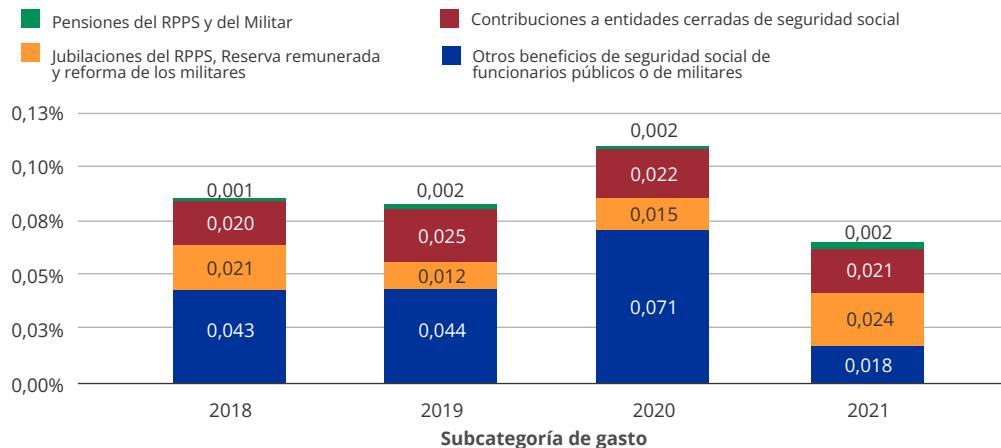
Gráfico 4.27. Aplicaciones directas detalladas por región



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

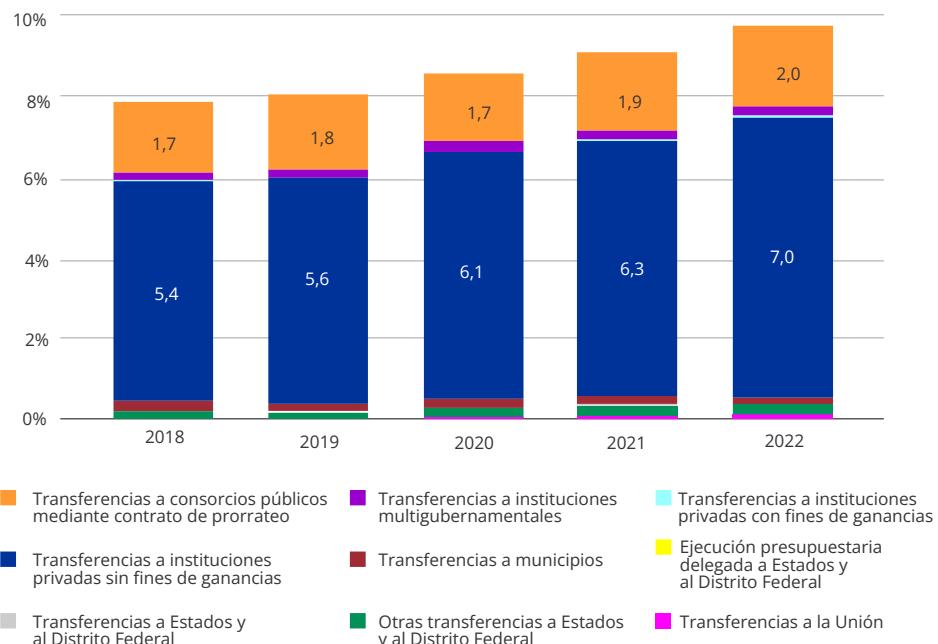
El gráfico 4.27 muestra el desglose de los gastos directos en costes de personal y cotizaciones sociales por regiones. Como era de esperar, en todas las regiones, la mayor parte del gasto se destina a salarios y ventajas fijas para el personal civil. Sin embargo, la proporción de este gasto varía según las regiones. La región Centro-Oeste tiene la mayor proporción de gastos en salarios y ventajas fijas (83,3%), seguida del Sur (79,3%). El Norte tiene la proporción más baja de gastos en salarios y prestaciones fijas (59,9%), lo que indica una mayor dependencia de los contratos de duración determinada (27,6%).

Gráfico 4.28. Aplicaciones directas en gastos - otros gastos



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 4.29. Otros gastos corrientes - transferencias.



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.29 muestra el porcentaje de transferencias respecto al total de otros gastos corrientes entre 2018 y 2022. Los datos muestran que las transferencias a instituciones privadas sin fines de lucro (filantrópicas) y las transferencias a Consorcios Públicos representan una fracción significativa de este gasto, totalizando alrededor del 10% del total.

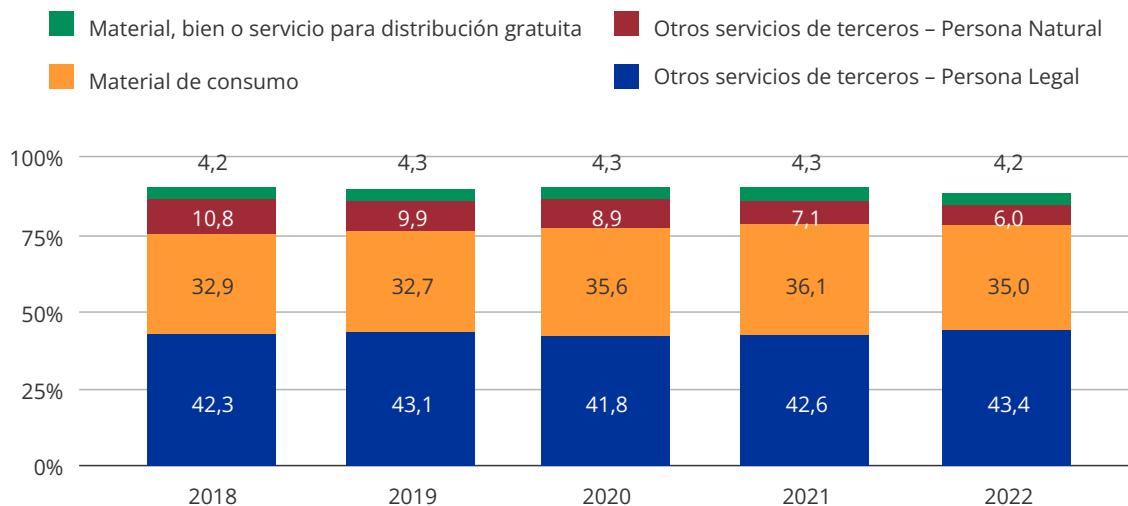
A lo largo de los años, se observa una tendencia al alza de estas transferencias, con un aumento de la participación de las instituciones filantrópicas, que pasa del 5,4% en 2018 al 7% en 2022. Este crecimiento indica un aumento del papel de estas entidades en el gasto sanitario, especialmente en la prestación de servicios hospitalarios y especializados.

Las transferencias a Consorcios Públicos también crecieron, pasando del 1,7 por ciento en 2018 al 2 por ciento en 2022. Este incremento sugiere una expansión en el uso de los consorcios intermunicipales como estrategia para la gestión compartida de los servicios de salud.

El continuo aumento de estas transferencias a lo largo de los años refleja una creciente dependencia de estos acuerdos institucionales en la ejecución de los servicios de salud. Esta dinámica refuerza la necesidad de monitorear y evaluar la sostenibilidad de

estas alianzas, garantizando que el modelo de transferencia de recursos continúe atendiendo las demandas de los municipios y de la población de forma eficiente y equitativa.

Gráfico 4.30. Otros gastos corrientes - desglose



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.30 muestra el desglose de las aplicaciones directas de otros gastos corrientes, por año, de 2018 a 2022, divididos en cinco categorías: material, bienes o servicios de distribución gratuita; otros servicios de terceros - FP; consumibles; y otros servicios de terceros - PJ.

Los datos muestran que los servicios de terceros y la compra de consumibles representan la mayor fracción de las aplicaciones directas durante los años analizados. En concreto, los servicios a terceros - PJ tienen la mayor cuota, variando del 41,8% al 43,4%, mientras que la compra de consumibles varía del 32,7% al 36,1%. Materiales, bienes o servicios de distribución gratuita y otros servicios de terceros - Los FP tienen una cuota menor pero constante a lo largo de los años.

Esta composición de los gastos refleja una fuerte dependencia de los servicios subcontratados, especialmente los prestados por personas jurídicas, así como la necesidad permanente de material fungible para mantener las operaciones sanitarias. La estrategia de asignación da prioridad a los contratos y servicios externalizados, junto con la compra de materiales esenciales, garantizando el funcionamiento eficiente de los servicios de salud.

Gráfico 4.31. Otros gastos corrientes - desglose

Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.31 presenta la composición de los consumibles, mostrando las diferentes categorías de materiales y sus respectivos porcentajes de participación. La mayoría de los productos comprados como consumibles no están categorizados, representando el 45,7% del total.

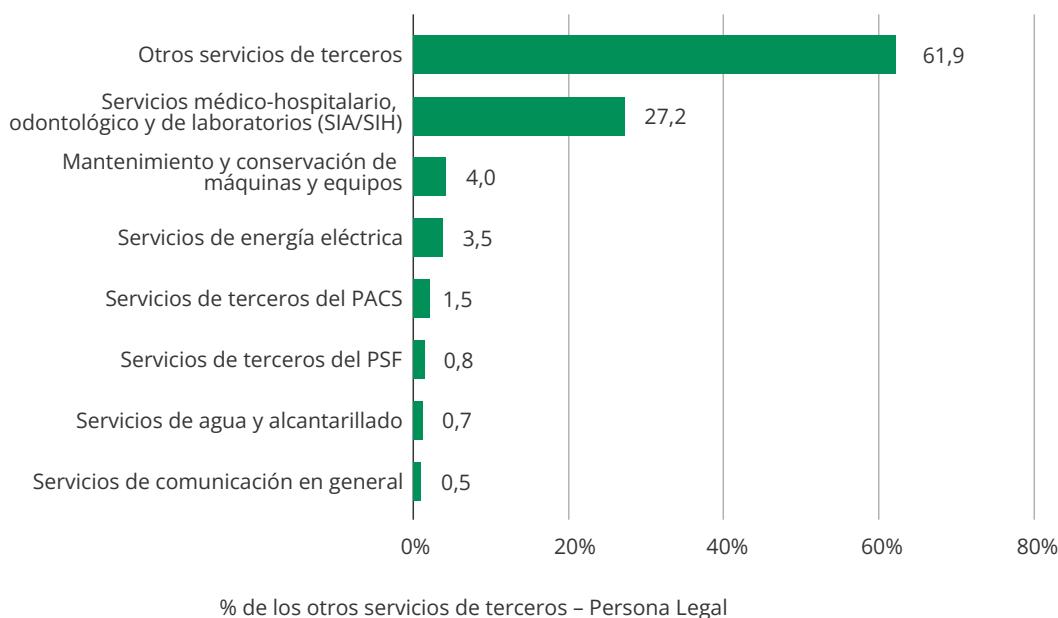
Entre los materiales de consumo clasificados, los carburantes y lubricantes de automoción ocupan una parte importante, con un 16,8% del total. Los suministros farmacéuticos representan el 13,6% y los suministros médicos y hospitalarios, que incluyen órtesis y prótesis, el 9,9% del total.

Otras categorías importantes son los equipos de mantenimiento de vehículos (4,8%), los equipos de oficina (2,2%), los equipos dentales (1,9%), los equipos de limpieza y desinfección (1,6%) y los equipos de laboratorio (1,3%).

Otras categorías con una cuota menor son los equipos de seguridad y protección (0,8%), los equipos de cama, mesa y baño (0,5%), los uniformes, tejidos y adornos (0,4%), los equipos informáticos (0,4%) y los equipos químicos (0,2%).

Estas cifras indican que una parte sustancial del gasto en bienes fungibles corresponde a artículos sin clasificar, lo que sugiere una oportunidad para mejorar la categorización y la transparencia del gasto. El gasto en automóviles representa una fracción importante del total, lo que refleja la continua necesidad de mantenimiento y funcionamiento de vehículos en el sector de salud. Además, el gasto en suministros farmacéuticos y suministros médicos y hospitalarios también representa porcentajes significativos, lo que subraya la importancia de estas partidas para el funcionamiento de los servicios de salud.

Gráfico 4.32. Otros gastos corrientes - desglose



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

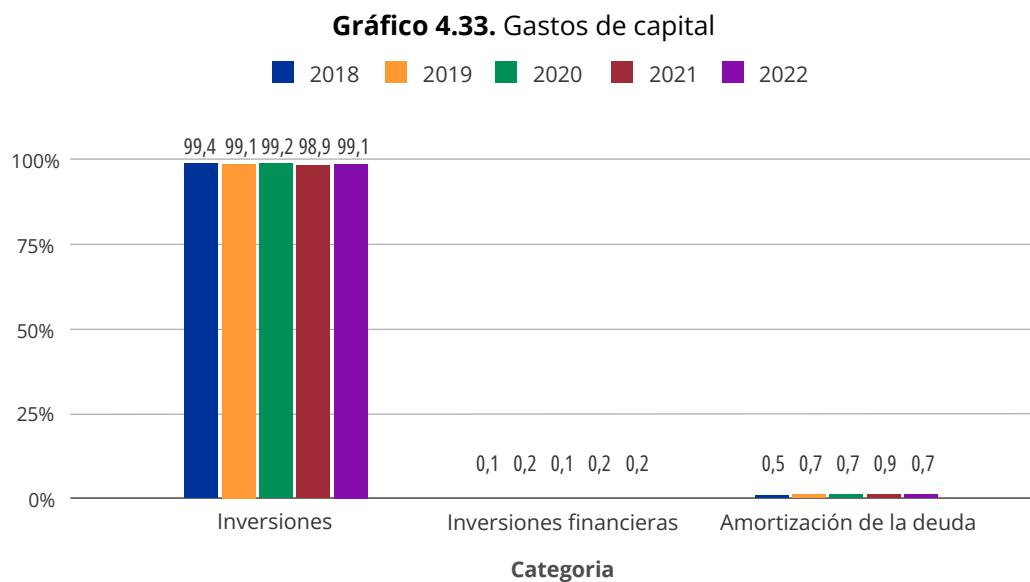
El gráfico 4.32 muestra el desglose de otros servicios de terceros, destacando las distintas categorías de servicios y sus respectivos porcentajes. La mayoría de los otros servicios de terceros no están clasificados, representando el 61,9% del total.

Entre los servicios clasificados, los servicios médico-hospitalarios, odontológicos y de laboratorio (SIA/SIH) ocupan una parte importante, con un 27,2% del total. Los servicios de mantenimiento y conservación de maquinaria y equipos representan el 4%, y los servicios de electricidad, el 3,5%. Otras categorías importantes son los servicios externalizados de PACS (1,5%), los servicios externalizados de PSF (0,8%), los servicios de agua y alcantarillado (0,7%) y los servicios de comunicación en general (0,5%).

Estos datos indican que una parte sustancial del gasto en otros servicios de terceros - PJ se asigna a partidas no clasificadas, lo que sugiere una oportunidad para mejorar la categorización y la transparencia del gasto. Los servicios médicos, hospitalarios, odontológicos y de laboratorio representan una fracción importante de los servicios externalizados PJ, lo que subraya la importancia de estos servicios para el funcionamiento de los sistemas de salud. El mantenimiento y la conservación de maquinaria y equipos, así como los servicios de electricidad, son también componentes significativos, lo que refleja la continua necesidad de infraestructuras y operaciones eficientes en el sector de salud.

4.3.2 GASTOS DE CAPITAL

Analicemos ahora los gastos de capital. El gráfico 4.33 muestra la distribución del gasto de capital en salud por año de 2018 a 2022, dividido en tres categorías principales: inversiones, inversiones financieras y amortización de deuda.

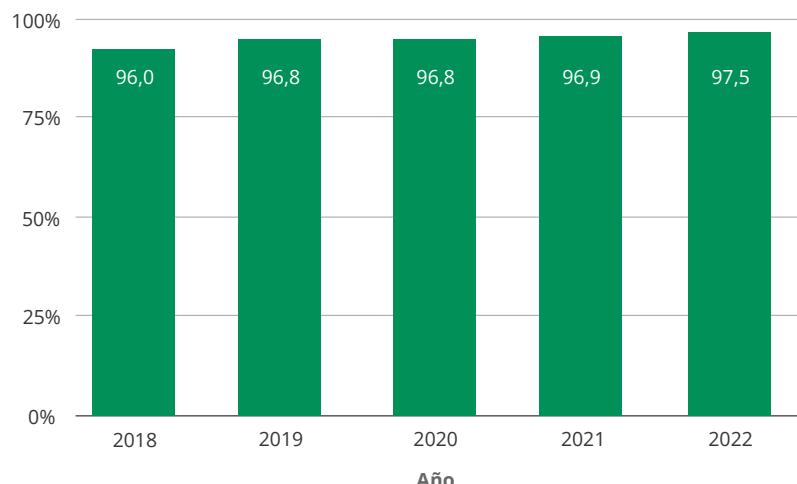


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

La distribución indica que la mayor parte de los recursos destinados a gastos de capital en salud se destinan a inversiones, lo que refleja la eventual ampliación y mejora de las infraestructuras y servicios de salud. Las categorías de inversiones financieras y amortización de deuda tienen una participación muy limitada, lo que sugiere que el gasto en estas áreas se minimiza en favor de las inversiones directas en activos y capacidades sanitarias, generalmente a través de enmiendas parlamentarias, aunque esta cuestión queda fuera del alcance de este trabajo.

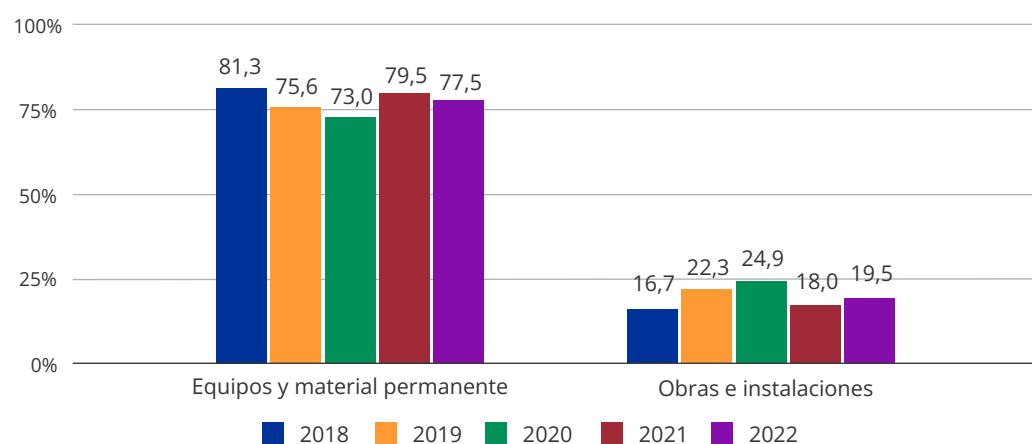
El Gráfico 4.34 muestra el porcentaje de inversiones directas en relación con el total de inversiones en salud, de 2018 a 2022. Estos datos indican que más del 90% de las inversiones sanitarias se realizan a través de inversiones directas en los años analizados. Es importante recordar que las inversiones con crédito presupuestario son realizadas directamente por la unidad presupuestaria titular del crédito presupuestario, o a través de la descentralización hacia otras entidades presupuestarias del mismo ámbito de gobierno. En otras palabras, son inversiones realizadas directamente por el gobierno.

Gráfico 4.34. Gastos de capital - aplicación directa



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

Gráfico 4.35 - Gasto de capital - aplicación directa - desglose

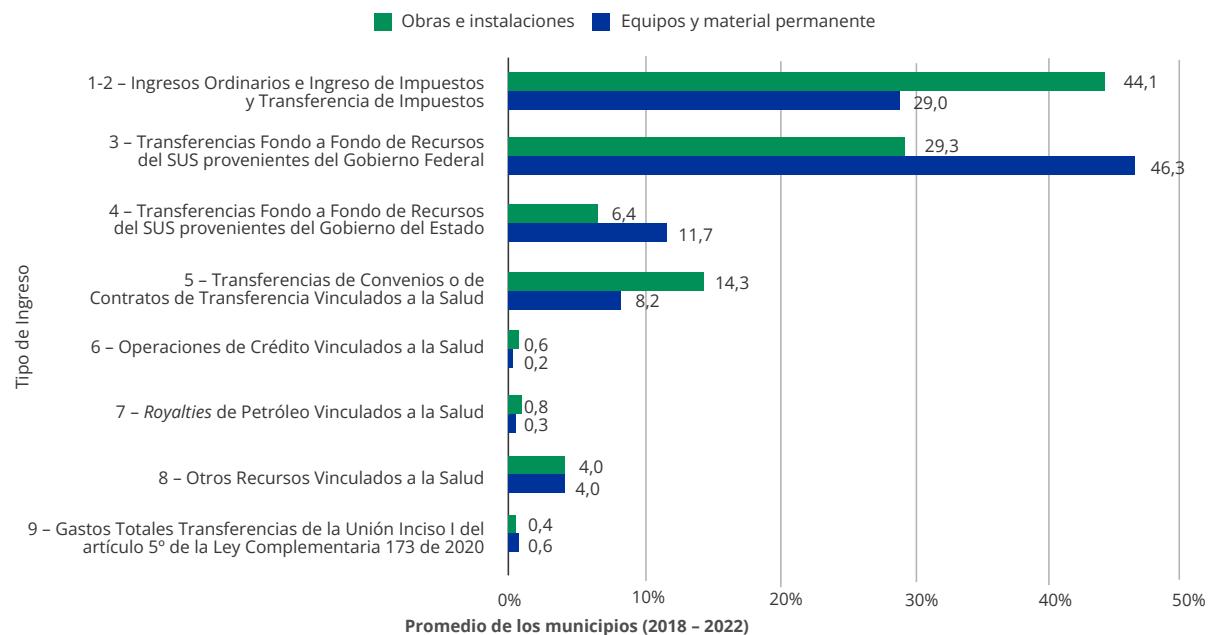


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.35 muestra la composición de las aplicaciones directas del gasto de inversión en salud, dividido entre equipamiento y material permanente, y obras e instalaciones, de 2018 a 2022. Los datos muestran que casi tres cuartas partes del gasto de inversión se dirigen a equipamiento y material permanente en los años analizados. Este patrón refleja la importancia concedida a la adquisición y mantenimiento de los equipos necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud.

En comparación con la OCDE, donde el 40% de las inversiones se destinan a obras e instalaciones, el 46% a equipamiento y material permanente y el 14% a propiedad intelectual, se observa que en Brasil hay un mayor énfasis en equipamiento y material permanente, destinándose menos recursos a obras e instalaciones. Esta diferencia puede indicar diferentes prioridades en términos de infraestructura y adquisición de bienes permanentes en el sector sanitario brasileño en comparación con los países de la OCDE.

Gráfico 4.36. Gasto de capital - inversión directa - por fuente



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

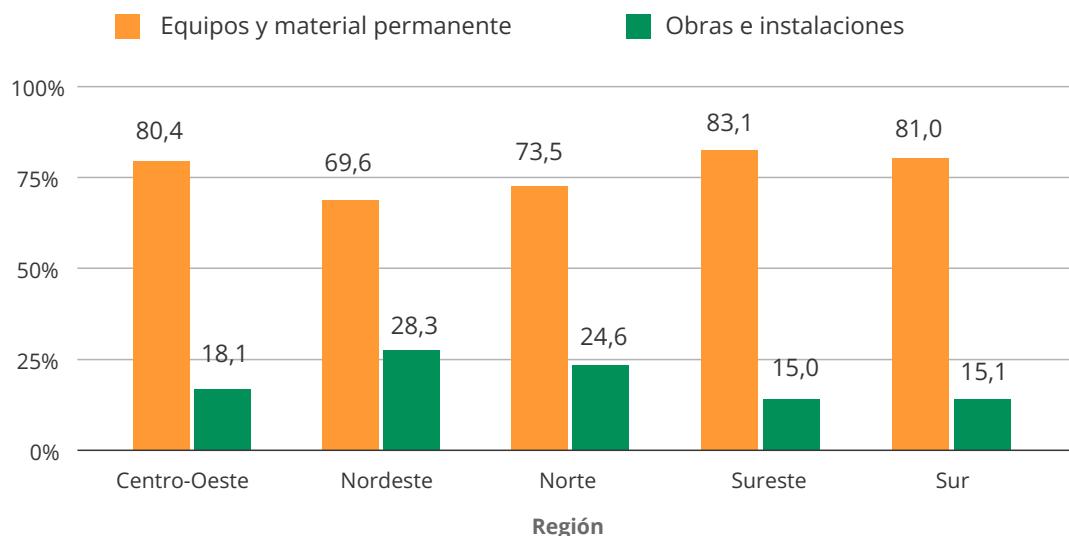
El Gráfico 4.36 muestra las cuentas seleccionadas para la inversión directa en salud, divididas por fuente de ingresos entre obras e instalaciones y equipamiento y material permanente, con base en el promedio de los municipios entre 2018 y 2021.

Las obras e instalaciones se financian principalmente con recursos propios, incluyendo recursos ordinarios e ingresos por impuestos y transferencias tributarias, que suponen el 44,1% del total. Para equipamiento y material permanente, la fuente de ingresos más relevante es el FAF del gobierno federal, que aporta el 46,3%.

Estas cifras muestran que las obras e instalaciones se financian principalmente con recursos propios, mientras que la financiación de los equipos y el material permanente depende más del apoyo federal. El FAF de sus recursos provenientes del gobierno estatal es menos relevante en términos generales, pero aún concentra una mayor proporción de recursos en equipamiento y material permanente (11.7 por ciento) que en obras e instalaciones (6.7%).

En resumen, la financiación de obras e instalaciones se apoya principalmente en recursos propios, mientras que la financiación de equipamiento y material permanente depende más del apoyo federal. Esto pone de manifiesto la diferencia en las estrategias de asignación de recursos entre estas dos categorías de inversiones en el sector de salud.

Gráfico 4.37. Gasto de capital - aplicación directa - por región

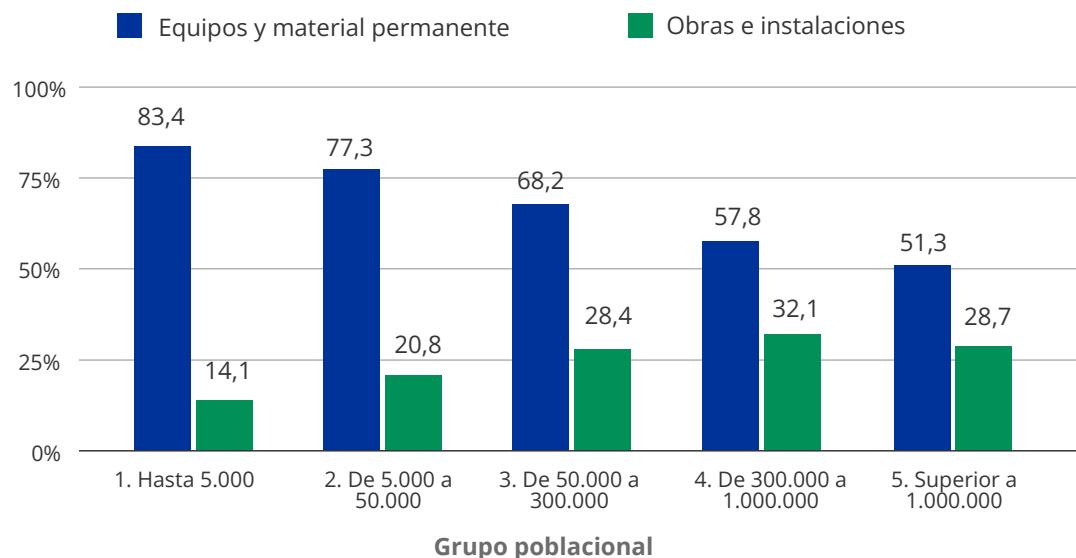


Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El Gráfico 4.37 muestra la composición de las aplicaciones directas del gasto de inversión en salud, dividido entre equipo y material permanente, y obras e instalaciones, por región. Los datos muestran que existen diferencias significativas en el perfil del gasto de capital entre las regiones. Mientras que el Sureste y el Sur concentran la mayor parte

de sus inversiones en equipamiento y material permanente, el Noreste tiene una mayor proporción de gasto en obras e instalaciones. Esta variación regional puede reflejar diferencias en las prioridades y necesidades específicas de infraestructura y equipamiento en las distintas zonas del país.

Gráfico 4.38. Gasto de capital - aplicación directa - por grupo de población



Fuente: elaboración propia con base en el SIOPS.

El gráfico 4.38 muestra el desglose de las aplicaciones directas del gasto de inversión en salud, dividido entre equipamiento y material permanente, y obras e instalaciones, por grupos de población de las ciudades.

Estos datos revelan diferencias significativas en el perfil del gasto de capital por perfil de población de la ciudad. Las ciudades más pequeñas tienden a concentrar una mayor parte de sus inversiones en equipamiento y material permanente, mientras que las ciudades más grandes muestran una proporción creciente de gasto en obras e instalaciones. Esto puede reflejar las diferentes necesidades de infraestructura y equipamiento según el tamaño de la población y la complejidad de los servicios de salud ofrecidos en cada tipo de municipio.

4.4 CONCLUSIONES

El análisis detallado presentado en este estudio pone de manifiesto la complejidad de la gestión financiera de los municipios brasileños en el área de la salud, que se caracteriza por un importante esfuerzo fiscal por parte de las autoridades locales frente a la limitada colaboración de las esferas estatal y federal. La sostenibilidad de los servicios públicos de salud recae cada vez más sobre las arcas de los municipios, lo que les obliga no solo a gestionar su día a día, sino también a suplir las carencias dejadas por las transferencias intergubernamentales.

Se constató una debilidad estructural en la forma en que se organiza la financiación de la salud en Brasil: los municipios, especialmente los más pequeños situados en regiones con menor dinamismo económico, se enfrentan a graves dificultades para compensar las insuficientes transferencias estatales y federales. Aunque las transferencias constitucionales y legales - como el FPM - sigan siendo fundamentales, en muchas subfunciones los recursos propios de los municipios superan las cantidades transferidas, lo que confirma el papel central de las entidades locales en el sostenimiento del SUS. Las capitales y los municipios de las regiones metropolitanas han conseguido, en cierta medida, compensar estas deficiencias con sus ingresos propios; sin embargo, la mayoría de las entidades subnacionales siguen siendo muy vulnerables a la inestabilidad de las transferencias.

La escasa autonomía fiscal sigue siendo uno de los principales obstáculos para reforzar la capacidad de respuesta local. A pesar de un ligero aumento de los indicadores de autonomía en los últimos años, esta mejora ha sido insuficiente para reducir la dependencia estructural de las transferencias intergubernamentales. La escasa capacidad de generar ingresos propios impone restricciones adicionales a la gestión de la salud y otras políticas públicas, agravando la exposición de los municipios a la volatilidad de los ingresos federales.

Las desigualdades regionales intensifican este escenario: mientras que los municipios del Sur y del Sudeste consiguen movilizar más recursos propios y reducir así su vulnerabilidad, los del Norte y del Nordeste siguen dependiendo en gran medida de transferencias que a menudo son inestables, insuficientes o se retrasan. Esta disparidad pone de manifiesto la necesidad de revisar los mecanismos de financiación para garantizar una mayor previsibilidad, equidad y capacidad redistributiva.

Desde el punto de vista del perfil de gasto, prevalecen la atención primaria y la AHA como áreas prioritarias de inversión. Sin embargo, las subfunciones estratégicas de

vigilancia y prevención de enfermedades -como la Vigilancia Sanitaria y Epidemiológica- siguen recibiendo una parte modesta de los recursos, lo que compromete la resiliencia del sistema frente a las crisis sanitarias. Además, la rigidez de la asignación presupuestaria se refleja en el predominio del gasto corriente, representando las inversiones de capital solo una fracción del gasto, lo que limita la capacidad de modernizar y ampliar el sistema de salud.

La heterogeneidad entre municipios también se manifiesta en la composición de los ingresos: los municipios más grandes tienden a tener fuentes de ingresos más diversificadas, mientras que los más pequeños siguen dependiendo casi exclusivamente de las transferencias. Estos antecedentes refuerzan la urgencia de políticas públicas diferenciadas, capaces de reconocer y responder a las especificidades locales en términos de capacidad de ingresos, estructura institucional y perfil poblacional.

En este contexto, se recomienda fortalecer la autonomía fiscal municipal a través de medidas que aumenten la recaudación tributaria local, como la modernización de la administración tributaria local, la revisión de las bases imponibles y la promoción del desarrollo económico local. Al mismo tiempo, es fundamental reequilibrar la composición del gasto, con un mayor énfasis en las inversiones en infraestructura, lo que permitirá ampliar y cualificar la oferta de servicios de salud.

También es fundamental adoptar políticas de financiamiento que tomen en cuenta las asimetrías regionales y la capacidad fiscal de las entidades a través de criterios redistributivos más efectivos, mayor previsibilidad en las transferencias y el fortalecimiento de la cooperación interfederativa. El fortalecimiento de las subfunciones vinculadas a la vigilancia, prevención y respuesta a emergencias sanitarias debe ser una prioridad en un escenario global donde las pandemias y las crisis sanitarias tienen un impacto duradero en los sistemas de salud.

En resumen, los datos recogidos en este estudio muestran que, incluso frente a limitaciones estructurales e incertidumbres de financiación, los municipios brasileños han desempeñado un papel central en la financiación de la salud pública. En este sentido, el fortalecimiento de la autonomía fiscal, la corrección de las desigualdades regionales y la reestructuración de los mecanismos de financiación son medidas fundamentales para consolidar un sistema de salud más robusto, equitativo y sostenible.

LA FINANCIACIÓN DEL SUS: ENTRE LA EFECTUACIÓN CONSTITUCIONAL Y LOS RETOS POLÍTICOS DE LA SOSTENIBILIDAD

La construcción del SUS en Brasil representa una de las conquistas más significativas del pacto social firmado en la Constitución Federal de 1988. Construido sobre los principios de universalidad, integralidad y equidad, el SUS no solo incorporó nuevos derechos al ordenamiento jurídico brasileño, sino que también reafirmó el papel del Estado como garante de la ciudadanía social. Sin embargo, la realización de este proyecto constitucional se ha visto sistemáticamente tensionada por insuficiencias en la financiación pública, por el mantenimiento de profundas desigualdades regionales y por sucesivos enfrentamientos políticos en torno a la priorización de los derechos sociales en el presupuesto público.

El análisis aquí desarrollado reveló que, a pesar de los avances institucionales alcanzados - como la reglamentación de los pisos constitucionales y la consolidación de las transferencias del FAF - la financiación de la salud en Brasil sigue marcada por la inestabilidad y la subordinación a ciclos económicos, fiscales y políticos que no dialogan con el carácter expansivo y permanente del derecho a la salud. La desfinanciación del SUS, más que una falla técnica, es expresión de opciones políticas que debilitan reiteradamente la política pública de salud en detrimento de otras agendas económicas.

En el contexto federativo, la descentralización de la gestión del SUS, fundamental para acercar las políticas públicas a las necesidades sanitarias del territorio, ha implicado también la transferencia de responsabilidades sin la correspondiente distribución de la capacidad fiscal. El Gobierno Federal, que tiene la mayor parte de los ingresos fiscales, viene reduciendo su participación proporcional en la financiación de la salud, imponiendo a los estados y municipios la difícil tarea de aumentar el costo de los servicios sin los instrumentos fiscales necesarios para respaldar esa responsabilidad. Este desequilibrio profundiza las desigualdades regionales y pone en peligro la equidad, uno de los fundamentos del propio SUS.

El estudio demostró que el cumplimiento formal de los niveles constitucionales por parte de estados y municipios, aunque significativo, no garantiza por sí solo recursos suficientes para atender las demandas de salud de la población. El cumplimiento de los porcentajes mínimos establecidos por ley no ha logrado compensar el desajuste entre las crecientes necesidades - impulsadas por la transición demográfica, epidemiológica y tecnológica - y el volumen de recursos realmente disponibles. Esta constatación refuerza el hecho de que el problema de la financiación de la salud va más allá de la dimensión normativa y requiere soluciones estructurantes de carácter político y económico.

La adopción de políticas de austeridad fiscal, especialmente tras la promulgación de la LC nº 95/2016, impuso severas restricciones al crecimiento del gasto público, sometiendo los derechos sociales a un régimen de compresión incompatible con la expansión de las necesidades sanitarias. A pesar de que el nuevo régimen fiscal, establecido por la LC nº 200/2023, ha derogado algunas de las disposiciones más estrictas del techo de gasto, la disputa por la financiación sanitaria sigue viva. Las manifestaciones públicas en defensa de la flexibilización de los pisos constitucionales de salud y educación revelan que los derechos sociales siguen siendo vulnerables a las lógicas fiscales dominantes, que a menudo subordinan las políticas públicas a los intereses de la estabilización macroeconómica a corto plazo.

Es en este escenario que surge la necesidad de reafirmar el SUS no solo como política pública, sino también como opción civilizatoria y como compromiso ético del Estado brasileño con sus ciudadanos. La sostenibilidad financiera del SUS no se resolverá simplemente haciendo ajustes técnicos en la gestión presupuestaria o mejorando los instrumentos de planificación. Se trata de una disputa política sobre el significado del presupuesto público: si debe ser un instrumento de realización de derechos o solo un mecanismo de contención del gasto social.

Reforzar la financiación estatal y municipal del SUS requiere, por tanto, una agenda política capaz de reconectar el presupuesto público con las necesidades sociales. Eso implica redefinir el pacto federal, aumentar la participación de la Unión en la financiación de la salud y adoptar criterios de prorrata más sensibles a las desigualdades regionales. También requiere la ampliación y diversificación de las fuentes de financiación, a través de una Reforma Fiscal efectiva, con mecanismos que graven a los sectores privilegiados de la sociedad y eximan a la población vulnerable.

Junto a estas medidas estructurales, es imperativo cualificar la gestión de los recursos, fortalecer los fondos de salud como instrumentos de ejecución financiera e integrar más eficazmente los instrumentos de planificación y presupuestación en cada

nivel de gobierno La eficiencia en la asignación y ejecución de los recursos es esencial, pero no sustituye la necesidad de aumentar el volumen global de recursos disponibles para la salud pública.

Asimismo, la defensa de la salud pública exige el fortalecimiento de la transparencia y del control social, para que la sociedad brasileña pueda vigilar, evaluar e intervenir en la gestión de los recursos públicos. La realización del derecho a la salud, en este sentido, no es solo un desafío técnico, sino también una tarea política y cívica.

En resumen, los resultados aquí presentados indican que el futuro del SUS dependerá de la capacidad de la sociedad brasileña para reafirmar el derecho a la salud como un derecho de todos y un deber del Estado, rechazando la lógica que subordina los derechos a restricciones fiscales circunstanciales. Defender una financiación adecuada de la salud pública es, por tanto, defender la democracia, la inclusión y la justicia social.

El SUS no es solo una política de gobierno, es un proyecto de país. Un proyecto que requiere el compromiso renovado de gestores, legisladores, académicos, trabajadores de la salud y de la sociedad civil organizada si se quiere realizar plenamente. Que este libro, al organizar análisis y reflexiones críticas, refuerce el compromiso con la consolidación del SUS como instrumento para hacer realidad los derechos sociales, reafirmando los principios democráticos y solidarios consagrados en la Constitución de 1988.

REFERENCIAS

1. Barbosa SP, Martinez-Riera JR, Barroso TMMDA, Hernadez-Caravaca I, Oliveira AC, González CIA, et al. Sistemas nacionais de saúde, legislação e seus determinantes sociais: um estudo comparativo entre Brasil, Espanha, Portugal e Itália. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(6):e00169423. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169423>
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Health Statistics* [Internet]. OECD; 2024 [citado 2025 maio 4] Disponível em: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>
3. Figueiredo JO, Prado NMDBL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde Debate*. 2018;42(spe2):37-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>
4. Dallari SG. O direito à saúde. *Rev Saúde Pública*. 1988;22(1):57-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000100008>
5. Sclar M. História do conceito de saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>
6. World Health Organization. *Basic Documents: Forty-Ninth Edition (including Amendments Adopted up to 31 May 2019)*. Geneva: WHO; 2020.
7. Medici AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. [Internet]. São Paulo: Faculdade Saúde Pública/USP; 1994 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://colecoes.abcd.usp.br/fsp/files/original/82bb-c4b5cd52acb4bceb1349fc9d8c4f.pdf>
8. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2000 set 14 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm

9. Câmara dos Deputados (BR). Projeto de Emenda à Constituição nº 82 [Internet]. Acrescenta dispositivo ao artigo 195 da Constituição Federal. Brasília, DF: Câmara dos deputados; 1995 [citado 2025 maio 5]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=24970>
10. Silva A, Lima LD, Baptista T, Vieira F, Andrade C. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. Ciênc Saúde Coletiva. 2024;29(7):e03152024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03152024>
11. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
12. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 201, de 24 de outubro de 2023. Dispõe sobre a compensação devida pela União nos termos dos arts. 3º e 14 da Lei Complementar nº 194, de 23 de junho de 2022, a dedução das parcelas dos contratos de dívida, a transferência direta de recursos da União aos Estados e ao Distrito Federal [...]. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 out 24 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp201.htm
13. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [...]. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 jan 16 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm
14. Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 200, de 30 de agosto de 2023. Institui regime fiscal sustentável para garantir a estabilidade macroeconômica do País e criar as condições adequadas ao crescimento socioeconômico, com fundamento no art. 6º da Emenda Constitucional nº 126, de 21 de dezembro de 2022, e no inciso VIII do caput e no parágrafo único do art. 163 da Constituição Federal; e altera a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal). Diário Oficial da União [Internet]. 2023 ago 31 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp200.htm
15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Lei nº 141/2012 e os fundos de saúde. Brasília, DF: Conass; 2013. (CONASS Documenta, 26).

16. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Diário Oficial da União [Internet]. 2015 mar 18. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm
17. Câmara dos Deputados (BR). Proposta de Emenda à Constituição nº 241 [Internet]. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, DF: Câmara dos Deputados; 2016 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>
18. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2016 dez 16 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Nota sobre a Proposta de Emenda Constitucional 241 / 2016 [Internet]. [Brasília, DF]: Conass; Conasems; 2016 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/06/NOTA_CONJUNTA_CONASS_CONASEMS_PEC241.pdf
20. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 113, de 8 de dezembro de 2021. Altera a Constituição Federal e o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para estabelecer o novo regime de pagamentos de precatórios, modificar normas relativas ao Novo Regime Fiscal e autorizar o parcelamento de débitos previdenciários dos Municípios; e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 2021 dez 9 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc113.htm
21. Borges B, Resende C, Pires M. Arcabouço Constitucional: modificações recentes e como isso condiciona a nova regra fiscal em preparação pelo Governo Federal. Observatório de Política Fiscal [Internet]. 2023 mar 3 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/politica-economica/outros/arcabouco-constitucional-modificacoes-recentes-e-como-isso-condiciona-nova>
22. Vieira FS, Bernades LCG, Piola S. Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Capítulo 3: Saúde [Internet]. Brasília, DF: IPEA 2024 [citado 2025 maio 4];(31). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/14798>

23. Tribunal de Contas da União (BR). Contas do Presidente da República 2023 [Internet]. Brasília, DF: TCU; 2024 [citado 2025 maio 5]. Disponível em: <https://sites.tcu.gov.br/contas-do-presidente/>
24. Pinto EG, Comparato FK, Scaff FF, Sarlet IW, Derzi MAM, Oliveira RF. Opinião: Incidência imediata dos pisos em saúde e educação após revogação do teto. Consultor Jurídico [Internet]. 2023 set 14 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2023-set-14/opiniao-incidencia-imediata-pisos-saude-educacao/>
25. Presidência da República (BR). Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. 1964 mar 23 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4320.htm
26. Ministério da Economia (BR), Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público [Internet]. 10ª ed. [Brasília, DF]: SNT; 2023 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLICACAO:48458
27. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 set 1990 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
28. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet]. 1990 dez 31 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm
29. Presidência da República (BR). Decreto nº 11.531, de 16 de maio de 2023. Dispõe sobre convênios e contratos de repasse relativos às transferências de recursos da União, e sobre parcerias sem transferências de recursos, por meio da celebração de acordos de cooperação técnica ou de acordos de adesão. Diário Oficial da União [Internet]. 2023 maio 17 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11531.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.531%20DE%2016%20DE%20MAIO%20DE%202023&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20conv%C3%AAnios%20e%20contratos,ou%20de%20acordos%20de%20ades%C3%A3o

30. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 6, de 6 de outubro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. [Internet]. 2017 out 3 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html
31. Ministério da Saúde (BR). Siops Cartilha de instrução ao preenchimento 2024 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 maio 4]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/cartilha_2024.pdf

