

## 22. Governance ed efficienza: sfide per la gestione del sistema unico di salute in Brasile

*Gilliatt Falbo, Paulo Sávio Goes, Francesco Sintoni*

### Il contesto

Il sistema sanitario brasiliano, denominato Sistema unico di salute (SUS), trae le proprie origini dal movimento di riforma sanitaria che occorre in Brasile durante il periodo di resistenza alla dittatura militare che governò il Paese per più due decenni (1964-1985). L'apice di tutte le discussioni, elaborazioni e controversie politiche sul futuro SUS fu raggiunto durante il processo di ridemocratizzazione del Paese, nell'Assemblea nazionale costituente. La Costituzione federale del 1988 altro non è che il risultato del dibattito verificatosi in quell'epoca, e sfociato poi nelle leggi e nelle modifiche costituzionali succedutesi nel tempo allo scopo di regolamentare e perfezionare il funzionamento del SUS. Con l'articolo 196, la Costituzione federale definisce la salute come "un diritto di tutti e dovere dello stato", e garantisce accesso universale e egualitario a tutte le attività e ai servizi di salute. Successivamente, con l'articolo 198, la Costituzione stabilisce che l'insieme di attività e servizi deve integrarsi in una rete regionale e gerarchica che costituisce un sistema unico, organizzato secondo i seguenti principi fondamentali: decentramento, assistenza integrale e partecipazione comunitaria. Al secondo paragrafo dello stesso articolo stabilisce inoltre che "l'Unione federale, gli Stati membri, il Distretto federale e i Comuni dovranno investire in attività e servizi pubblici di salute, annualmente, una quantità minima di risorse prestabilita, determinata dall'applicazione di percentuali fisse alla fiscalità generale".<sup>1</sup> Queste ultime furono stabilite posteriormente con la modifica costituzionale n. 29 del 2000.<sup>2</sup>

Il funzionamento operativo del SUS è stato regolamentato, nel 1990, con le leggi federali n. 8080 e 8142.<sup>3,4</sup> Nel secondo capitolo della prima sono stabiliti tredici "Principi guida" che devono essere rispettati da tutte le attività prodotte dai servizi, pubblici o privati, che integrano il SUS. Tra gli altri, si ritiene di particolare rilevanza citare l'accesso universale, l'integralità e l'uguaglianza assistenziale, la partecipazione comunitaria e il decentramento politico-amministrativo con direzione unica per tutte le sfere di governo (federale, statale e municipale). Il terzo capitolo è invece dedicato alla gestione e all'organizzazione del SUS. All'articolo 8 stabilisce che le attività e i servizi del SUS, esegui-

ti direttamente o mediante la partecipazione complementare dell'iniziativa privata, devono organizzarsi secondo uno schema di livelli di complessità crescente. Nell'articolo successivo definisce i differenti organi esecutivi del SUS che, nello specifico, devono essere rappresentati dalle differenti sfere di governo: Ministero della salute, Segreterie statali e municipali di salute. Infine, all'articolo 10, è riconosciuta agli Stati e ai Comuni la possibilità di costituire liberamente tra loro consorzi di salute allo scopo di aumentare l'offerta di servizi alla popolazione. La seconda legge prevede invece la formazione di entità regionali per l'integrazione delle attività e dei servizi di salute decentrati. Regolamenta, inoltre, la partecipazione comunitaria e della società civile attraverso l'implementazione di forum deliberativi, denominati Consigli municipali, statali e nazionali di salute. Attraverso le Norme operative basiche del 1993 e del 1996,<sup>5,6</sup> e la Norma operativa di assistenza alla salute del 2002,<sup>7</sup> venne successivamente regolamentato il rapporto tra settore pubblico e privato. Infine, con la Legge federale n. 9656 del 1998 venne regolamentata l'attività delle assicurazioni e dei piani privati di salute.<sup>8</sup>

È importante evidenziare come né nella Costituzione né nelle successive leggi complementari di perfezionamento del SUS sia stata mai espressa una preoccupazione a proposito dell'efficienza del sistema. Negli anni novanta, parallelamente al processo di istituzionalizzazione del SUS, il Governo brasiliano creò il Piano direzionale di riforma dell'apparato statale allo scopo di aumentare la capacità dello Stato di implementare efficientemente le proprie politiche pubbliche attraverso ciò che chiamò "recupero di governance", intesa come problema di ambito "economico-amministrativo" e definita come "capacità finanziaria ed amministrativa dello Stato di implementare le decisioni politiche prese dal Governo".<sup>9</sup> Questa esperienza di ristrutturazione della macchina statale diede luogo alla concezione di Agenzie regolatorie. Nel settore salute ne vennero create due: l'Agenzia nazionale di vigilanza sanitaria (ANVISA) e l'Agenzia nazionale di salute supplementare (ANS) votata al controllo dell'attività del settore privato supplementare.<sup>10</sup> È sulla base di quanto sopra che sarebbe sorta una delle più grandi sfide del SUS che, avendo nel suo ombrello normativo e tra i suoi principi fondamentali la garanzia dei diritti fondamentali dell'uomo, avrebbe da sempre necessitato, al di là di un netto incremento del finanziamento pubblico, fermo al 4 per cento circa del PIL,<sup>11</sup> di un effettivo decentramento dell'autonomia decisionale per le attività di salute e di una conseguentemente equa divisione di responsabilità tra i differenti enti federali (in un contesto in cui, per di più, le Regioni

non sono ancora riconosciute come organo di governo). Anche per questo si assisterà a una latenza quasi decennale tra la promulgazione della Costituzione e l'approvazione delle prime Norme operative di regolamentazione dell'attività del SUS a livello locale, avvenuta nel 1996.<sup>6</sup>

Dopo vent'anni dalla sua implementazione e nonostante i notevoli progressi compiuti in svariati settori, – quali l'organizzazione di un modello incentrato sull'attenzione primaria e sul riorientamento della formazione delle risorse umane in salute, il successo del programma di controllo dell'AIDS\HIV, l'eradicazione di varie malattie infettive tra cui poliomielite e morbillo, la riforma psichiatrica, l'attuazione delle Conferenze sanitarie nazionali e l'approvazione della modifica costituzionale 29 – il SUS presenta ancora enormi problemi che, impattando grandemente sulla salute della popolazione, necessitano di una rapida soluzione. Alla persistenza delle malattie neglette e alla riemergenza di tubercolosi e lebbra (che caratteristicamente interessano i gruppi più vulnerabili della popolazione), si sommano gli ostacoli all'accesso alle cure di livello secondario e terziario, in particolar modo per i pazienti oncologici. La crescente precarizzazione del lavoro degli operatori sanitari, l'inesistenza di una carriera professionale all'interno del sistema pubblico, il basso livello di istituzionalizzazione delle politiche sanitarie a livello comunale e l'indifferenza di vasti settori della società civile nei confronti del controllo sociale del SUS, sono altre problematiche estremamente rilevanti. Secondo alcuni,<sup>12</sup> in Brasile sono vari gli ostacoli al processo di decentramento, in particolare:

- le grandi disuguaglianze economiche e amministrative esistenti tra le diverse regioni del Paese;
- la filosofia del municipalismo autarchico, secondo la quale un'amministrazione comunale sarebbe in grado di risolvere qualsiasi problema in maniera totalmente autonoma e isolata;
- l'eccessiva "metropolizzazione" del territorio;
- la configurazione delle relazioni intergovernative.

Altro aspetto importante da considerare è la localizzazione del tema salute all'interno della Costituzione. Essendo stata inserita nel capitolo Sicurezza sociale (insieme con previdenza e assistenza sociale), ha favorito l'instaurarsi di un complicato intreccio teorico di ambiti differenti che, essendo nella pratica gestiti con percorsi legali distinti, contribuisce a generare una "minaccia di insostenibilità finanziaria del SUS, conseguente a ripetute appropriazioni di risorse originate dai contributi sociali, ma usate per soddisfare altri fini, siano essi il paga-

mento dei carichi previdenziali dell'unione, o lo svincolo dei ricavi dell'unione, eseguiti allo scopo di soddisfare i criteri di disavanzo primario concordati con le agenzie internazionali".<sup>13</sup> Come risultato, nonostante nell'ambito del SUS fossero stati stabiliti fin dall'inizio i limiti per l'applicazione finanziaria di aliquote fisse tra le diverse sfere di governo, solo recentemente questi sono stati effettivamente regolamentati con la modifica costituzionale 29.

Un'analisi superficiale di tutti questi aspetti potrebbe ingenerare una falsa discussione ideologica e partitica, in particolar modo per ciò che concerne i modelli di gestione e di governance del SUS, in cui da un lato ci sarebbero gli economisti con la loro sfida per il raggiungimento dell'efficienza e dall'altro la popolazione degli utenti che reclama assistenza. Ciò non significa che il SUS sia un'arena di neutralità, in cui gli interessi particolari dei distinti attori non siano in conflitto tra loro, potendo causare potenzialmente danni alla salute della popolazione.

### **Modelli di gestione**

Paradossalmente, negli ultimi due decenni, il settore salute in Brasile è stato contemporaneamente spazio di sperimentazioni innovative, sia in ambito assistenziale sia di pubblica amministrazione, come locus privilegiato di evidenti contraddizioni politiche e sociali. Durante il processo di pianificazione e gestione delle strutture sanitarie all'interno del SUS si sono verificati numerosi ostacoli all'implementazione dei percorsi di cambiamento.<sup>14</sup> Il documento contenente le proposte relative al settore salute della candidata alle scorse elezioni presidenziali Marina Silva, del Partito Verde, sottolinea come il SUS non possa continuare a rimanere ostaggio di aziende e corporazioni installate con la vecchia logica dell'egemonia ospedaliera e della superspecialità, insostenibili dal punto di vista sia tecnico sia finanziario. Difende, invece, l'importanza dell'investimento in strategie di attenzione primaria efficaci e risolutive come unico percorso plausibile per rendere il SUS sostenibile.<sup>15</sup> Il documento del candidato José Serra, del Partito Socialdemocratico brasiliano, afferma invece che "le bandiere partitiche non sono compatibili con gli interessi della salute pubblica e con le numerose sfide che un settore così complesso, capace di influenzare direttamente la qualità di vita del popolo brasiliano, offre. Le attività di salute devono essere esclusivamente basate sui benefici per i cittadini, il che non significa che debbano essere esenti dal rispetto di un progetto politico".<sup>16</sup> Per quel che concerne l'amministrazione, propone modelli alternativi alla gestione pubblica diretta con l'obiettivo di favorire una

maggior flessibilità nella gestione delle risorse umane e in particolare dei medici, nell'acquisto di materiali, medicinali e nella contrattazione dei servizi.<sup>16</sup> Le aziende ospedaliere, d'altra parte, non potranno più continuare a definire il proprio profilo assistenziale e dovranno rispondere alle esigenze del SUS.

Nel proprio programma, la presidente Dilma Rousseff, del Partito dei Lavoratori, ha posto tra gli obiettivi il perfezionamento della gestione del SUS, riaffermando la necessità di renderla più efficace, efficiente e democratica. A tal fine ha proposto la redazione e la presentazione al Congresso nazionale di un decreto legge che ponesse le basi per la creazione di Fondazioni pubbliche di diritto privato, avendo riconosciuto l'importanza di sperimentare nuovi modelli di gestione per i servizi di salute, e riscontrando un consenso interno praticamente unanime circa l'inadeguatezza del modello di amministrazione pubblica pura. Ha però descritto l'esperienza gestionale delle Organizzazioni sociali di salute (OSS) come più vulnerabile alla perdita di controllo pubblico e ha per questo proposto l'istituzione di Fondazioni pubbliche di diritto privato come contrappunto gestionale.<sup>17</sup>

In sintesi, è possibile enucleare due distinti gruppi di strategie usati in Brasile allo scopo di garantire l'efficienza e il buon governo del SUS: da un lato le soluzioni di gestione pubblica pura e dall'altro le partnership pubblico-privato. Le prime sono rappresentate dai Consorzi intermunicipali e inter-statali di salute e dal tentativo del Ministero della salute di usare lo strumento delle Fondazioni pubbliche. Le seconde, invece, sono rappresentate dalle OSS. Di seguito saranno descritte alcune analisi di studi brasiliani condotti sui modelli di gestione sopracitati.

### **Consorzi inter-statali**

Questo modello non ha suscitato un grande interesse tra i segretari di salute degli stati brasiliani. Solo due stati (Pernambuco e Bahia) hanno optato per un'esperienza di questo tipo all'interno di una Regione di sviluppo integrato situata alla loro frontiera. Infatti, le città di Petrolina in Pernambuco e di Juazeiro in Bahia, separate appena dal Rio São Francisco, si comportano come un unico agglomerato urbano e per questo hanno cominciato ad affrontare le questioni di salute della loro popolazione in maniera integrata. L'assistenza materno infantile e il servizio di traumatologia sono di responsabilità di Petrolina, mentre i servizi di chirurgia e di medicina interna sono garantiti a Juazeiro. Le

cure primarie dipendono direttamente dalle rispettive amministrazioni comunali, mentre i due ospedali presenti nella regione sono gestiti da una OSS. L'unica struttura ad amministrazione pubblica diretta è il centro traumatologico di Petrolina. Si osserva, in questo caso, quanto sia sottile la differenza tra "statale" e "pubblico" e come sia possibile la convivenza tra istituzioni private e pubbliche, ammettendo che sarà l'obiettivo di una organizzazione a definirne la natura pubblica o privata.<sup>18</sup> La domanda dei servizi del Consorzio è regolamentata attraverso una Centrale interstatale, mentre l'attività di controllo è effettuata attraverso riunioni mensili di monitoraggio e pianificazione svolte congiuntamente tra Segreterie comunali e statali di salute, strutture sanitarie e rappresentanti della popolazione civile. Si tratta di un'esperienza unica all'interno del panorama nazionale, ed essendo trascorsi solo poco più di due anni dalla sua attivazione, poche ricerche e valutazioni d'impatto e d'efficacia sono state effettuate fino a questo momento.

### **Consorzi inter-municipali**

In Brasile, attualmente, ci sono 5.565 comuni, di cui circa la metà ha una popolazione inferiore a 20.000 abitanti. Di fronte a questa grande complessità territoriale, certamente non sorprende che il modello dei Consorzi inter-municipali sia stato sperimentato in tutte le regioni del Paese e, principalmente, dai comuni più piccoli con minori possibilità di autosufficienza assistenziale. Nonostante gli amministratori sostengano che siano la carenza di risorse umane e finanziarie, le difficoltà all'accesso a tecnologie appropriate e la mancanza di strutture fisiche adeguate a stimolarne la formazione, la maggior parte dei consorzi si è costituita nelle regioni sud e sud-est del Paese, aree in cui si concentra in assoluto la maggior parte delle risorse.<sup>19</sup> In ogni caso, essendo l'unione consorziale libera e spontanea, si verifica soltanto in alcuni casi. Quando tra comuni limitrofi è presente una sostanziale omogeneità tra i redditi medi della popolazione e una corrispondenza di politiche pubbliche tra le amministrazioni, molto probabilmente avverrà la formazione del consorzio. Quando i redditi medi sono diseguali, ma i progetti politici compatibili è ancora possibile che i comuni stabiliscano un partenariato. È meno probabile che si stabilisca una relazione tra amministrazioni comunali che presentano una chiara divergenza politica in merito alle strategie di salute pubblica, come del resto è estremamente improbabile che si formi un consorzio tra comuni che presentano disuguaglianze economiche e amministrative.<sup>20,21</sup> I progetti politici dei leader locali, pertanto, giocano un ruolo molto importante sia per l'attuazione sia per la continuità dei consorzi. La sostenibilità e la go-

vernabilità di queste strutture cooperative sono legate alla capacità delle leadership di articolare servizi competenti tra i diversi comuni, offrire visibilità amministrativa, e favorire gestioni efficaci ed efficienti che consentano effettivamente di potenziare il servizio assistenziale offerto alla popolazione della regione d'interesse.<sup>22</sup> Essendo quella consorziale una strategia potenzialmente molto efficace, il governo federale e quelli statali dovrebbero svolgere un ruolo più importante di stimolo alla sua espansione, creando un contesto normativo e di controllo che ne faciliti l'implementazione. Per il momento, però, è ancora necessario comprendere meglio quali siano i criteri d'interesse secondo i quali sono effettuate le scelte dei singoli sindaci all'interno di questo complesso scenario.<sup>23</sup>

### **Fondazioni pubbliche di diritto privato**

Il Governo federale, su richiesta del Ministero della salute, ha inviato al Congresso un progetto di legge per la creazione di questo nuovo modello di gestione concepito per il Servizio sanitario. Nonostante la grande maggioranza che l'attuale Governo detiene sia alla Camera sia al Senato, la legge non è però mai stata votata a causa di divergenze all'interno della coalizione. Gli aspetti della proposta che maggiormente complicano il lavoro delle commissioni parlamentari sono:

- la soggezione al diritto pubblico e le conseguenze del regime di diritto privato;
- il tipo di supervisione e di controllo applicabile;
- il tipo di contratto di gestione;
- la struttura organizzativa;
- il regime contrattuale del personale;
- l'acquisto di beni e materiali.

Una possibile soluzione potrebbe essere l'inserire questa entità sotto la sfera del controllo statale; tuttavia, due nodi cruciali devono essere ancora sciolti. Prima di tutto è necessario risolvere la questione del regime contrattuale del personale senza che siano effettuate concessioni corporativistiche, altrimenti la soluzione diventerebbe piuttosto un problema. In secondo luogo è necessario capire quale sia il parere della magistratura e se considererà queste fondazioni come giuridicamente legali, o se al contrario le contesterà.<sup>18</sup>

### **Organizzazioni sociali di salute**

Le OSS, definite come entità di interesse sociale e di utilità pubblica,

sono sorte in Brasile nell'ambito del Piano direzionale di riforma dell'apparato statale. Associazioni civili senza scopo di lucro, le OSS si costituiscono dall'unione di persone giuridiche di diritto privato qualificate per praticare attività di insegnamento, ricerca scientifica, sviluppo tecnologico, preservazione ambientale, dei beni culturali e della salute. Possono essere create allo scopo di sostituire altre persone giuridiche all'interno di un organo pubblico, o per coprire eventuali vuoti lasciati dall'estinzione di istituzioni pubbliche. Lo strumento che ne regola il funzionamento è il Contratto di gestione che concorre a generare un modello amministrativo basato sul raggiungimento di mete e obiettivi. Per alcuni,<sup>24</sup> in conformità con la legge federale, è nel Contratto che dovranno essere stabiliti gli impegni istituzionali e di incentivo alla modernizzazione dei modelli di gestione, attraverso la definizione dei seguenti provvedimenti di riallineamento strategico-strutturale:

- definizione della missione;
- identificazione dei clienti;
- definizione chiara di mete e obiettivi;
- trasparenza in merito alla struttura organizzativa e tecnologica che sarà utilizzata;
- presenza di strategie di pianificazione e di valutazione dei risultati;
- sviluppo di sistemi di informazione;
- gestione chiara delle risorse umane e delle spese;
- regolamentazione specifica per gli investimenti finanziari.

Data la complessità del servizio sanitario locale, la grande concentrazione di persone (città: 11 milioni e 250 mila abitanti circa; stato: 41 milioni e 250 mila abitanti circa),<sup>25</sup> e non ultimo il contesto politico in cui si inseriscono, lo stato e la città di São Paulo rappresentano i luoghi in cui, negli ultimi decenni, sono avvenuti i principali esperimenti di riforma dei modelli di gestione. Assieme a Minas Gerais, lo stato di São Paulo, storicamente, rappresenta l'unica realtà brasiliana con una continuità amministrativa di governi di impronta neo-liberale che, attraverso ampie politiche di terziarizzazione, hanno favorito lo stabilirsi di un ambiente privilegiato per la sperimentazione delle partnership pubblico-privato anche per quel che concerne la fornitura di servizi di assistenza sanitaria, sia essa primaria, secondaria o ospedaliera. Da questa esperienza si sono sviluppate le OSS che, se al momento attuale non rappresentano ancora la modalità più diffusa di amministrazione, grazie anche alla grande influenza che lo stato di São Paulo esercita

sulle altre entità federali, si stanno moltiplicando all'interno di tutto il territorio seguendo un trend di rapida espansione, rappresentando il più importante fenomeno attuale a livello nazionale. La tappa fondamentale nel processo di creazione di questo tipo di partenariato può essere ricondotta al Progetto Qualis,<sup>a</sup> originato nella città di São Paulo nel 1996, il cui focus principale era la gestione del Programma di salute della famiglia (PSF), istituito come strategia di riorganizzazione dell'assistenza primaria dal Ministero della salute nel 1994. Le principali innovazioni proposte dal PSF erano le seguenti:

- famiglia, e non individuo, come nucleo d'intervento;
- stimolo all'integrazione e alla partecipazione comunitaria;
- ricerca attiva dei soggetti a rischio allo scopo di favorire un intervento precoce e tempestivo;
- enfasi su educazione, prevenzione e protezione della salute (assistenza integrale);
- estensione della copertura e miglioramento dell'accesso al SUS;
- continuità assistenziale e alta risolutività delle attività sul territorio;
- implementazione di un modello di lavoro in équipe multi professionali e interdisciplinari (l'équipe básica è composta da un medico, un infermiere professionale, un tecnico infermiere e sei agenti comunitari di salute, con responsabilità per un territorio predefinito e una popolazione di circa 750 famiglie).

Nel comune di São Paulo il PSF ebbe inizio nel 1996, assieme al Progetto Qualis, nel quartiere Itaquera; e, nel 1997, a Parque São Lucas, Sapopemba e Vila Nova Cachoeirinha, differenziandosi dal programma nazionale per il modello di gestione, la creazione di accordi con OSS e l'incorporamento di altre risorse assistenziali, aggiuntive all'équipe di salute della famiglia (salute mentale, salute orale e ambulatori medici specialistici).<sup>26</sup> Alcuni ricercatori hanno valutato l'accesso e l'uso dei servizi, sia nelle aree coperte sia in quelle scoperte dal PSF, concentrandosi principalmente sui settori interessati dal Progetto Qualis. Analizzando variabili quali sesso, età, istruzione e reddito, evidenziarono disuguaglianze di accesso generalizzate, che si mostrarono però minori nelle aree coperte dalle équipe del PSF. È da notare, però, che lo studio non comparò i differenti modelli usati per l'implementazione delle attività di salute, ma semplicemente valutò l'impatto esercitato da una OSS nella fornitura dei servizi.<sup>27</sup> Nonostan-

---

<sup>a</sup> Un progetto sviluppato per incentivare il programma di salute della famiglia [www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/incentivo-a-estrategia-saude-da-familia-qualis](http://www.saude.sp.gov.br/ses/acoes/incentivo-a-estrategia-saude-da-familia-qualis).

te l'esperienza pionieristica del Progetto Qualis, saranno le sperimentazioni nella gestione delle cure ospedaliere a essere più frequentemente valutate. Secondo alcuni, nonostante esistano delle evidenze (tanto accademiche quanto operative da parte del potere pubblico) di un vantaggio competitivo delle istituzioni gestite da OSS su quelle ad amministrazione pubblica diretta, ci sarebbero molto poche analisi critiche dei fattori che contribuiscono a ciò. Comparando dati forniti dagli ospedali dello stato di São Paulo, sia a gestione diretta sia tramite OSS, gli autori hanno concluso che la totale autonomia amministrativa e finanziaria per la fornitura di beni e servizi e per la gestione del personale eserciterebbe un effetto vantaggioso per le OSS sulla prestazione dell'azienda ospedaliera. La possibilità di stabilire autonomamente l'organizzazione dei servizi e dell'infrastruttura, secondo criteri di efficienza ed efficacia, e riducendo la burocrazia, consentirebbe una migliore allocazione di risorse e di tempo, nonché il rispetto di una precisa agenda di priorità. Tuttavia, le differenze riscontrate in questo studio non derivarono dall'adozione di pratiche gestionali innovatrici normalmente non usate dagli enti pubblici, la cui valutazione avrebbe permesso di effettuare una distinzione più significativa tra i due modelli di gestione.<sup>28</sup> Un maggiore livello di autonomia concesso alle unità gestite dalle OSS implica una maggiore capacità di controllo e valutazione da parte del gestore statale rispetto alle mete contrattate, nonché un miglior monitoraggio da parte degli organi di controllo esterni delle nuove metodologie e dei nuovi strumenti usati allo scopo di migliorare la performance, a detrimento, però, della capacità di valutare la qualità delle singole procedure offerte. La necessità di migliorare la capacità di supervisione e di controllo da parte delle autorità locali è stata dimostrata da ricercatori che, usando come riferimento per l'analisi teorica il triangolo di governo, giunsero alla conclusione che "è necessario progredire nel decentramento delle strutture politico-amministrative che si occupano della gestione del SUS a livello municipale, come le Autorità di vigilanza sanitaria territoriale, affinché possa essere resa possibile la costruzione di un sistema autonomo e territorializzato, capace di mantenere l'impegno di solidarietà e di corresponsabilità con la comunità".<sup>29</sup> In questo senso, sono stati suggeriti vari strumenti di rafforzamento del processo decentralizzante, come per esempio la creazione di forum pubblici di monitoraggio delle OSS e l'allocazione della competenza di sorveglianza finanziaria agli enti pubblici locali. Queste misure potrebbero permettere un maggiore uso dei nuovi modelli di gestione nonché un miglioramento dei servizi offerti alla popolazione.<sup>24</sup>

## Considerazioni finali

Nel processo di consolidamento del SUS alcune sfide sono state vinte, ma molte altre si prefigurano all'orizzonte. Lo stato brasiliano, riconoscendo il diritto alla salute come universale, e come parte di un più ampio sistema di sicurezza sociale, si è collocato nella prospettiva di implementare attività adeguate ed efficaci per il controllo e il trattamento delle malattie e per il miglioramento dei livelli di salute della popolazione. L'adozione di nuovi modelli di gestione per aumentare la performance dei servizi di assistenza sanitaria è soltanto uno dei tanti cammini che sono stati tentati. Nel contesto di questo processo, diversi aspetti devono essere considerati ed evidenze empiriche prodotte, ma, soprattutto, devono essere rafforzate e ristrutturare le istanze di regolamentazione e di controllo, non soltanto statali, ma piuttosto pubbliche e della società civile. Tutte le forme di decentramento devono essere implementate, come parte degli obblighi e del finanziamento degli enti federali, ma anche dello Stato dinanzi alla società civile.

## Riferimenti bibliografici

1. Costituzione delle Repubblica Federale del Brasile, 1988 [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
2. Modifica Costituzionale n. 29 del 13 settembre 2000 [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm)
3. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde n. 8080, 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 1990; 20 setembro.
4. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde n. 8142, 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 União 1990; 31 dezembro.
5. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Norma Operacional Básica – NOB 01/1993. Diário Oficial da União 1993; 24 maio.
6. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 05 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica – NOB 01/1996. Diário Oficial da União 1996; 06 novembro.
7. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da assistência à Saúde – NOAS 01/2002. Diário Oficial da União 2002; 28 fevereiro.
8. Ministério da Saúde. Lei n. 9656, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 1998; 04 junho.

9. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília: Presidência da República; 1995
10. Ibanhes LC, Heimann LS, Junqueira V et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na região metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2007;23:575-84
11. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O financiamento da saúde. Para entender a gestão do SUS. Volume 2. CONASS, Brasília 2011, p.124. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.2.pdf)
12. Abrúcio Fl. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa do Brasil. In: Fleury S (a cura di). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2006, pp. 77-126
13. Fleury S. Democracia, descentralização e desenvolvimento. In: Fleury S (a cura di). Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2006, pp. 23-76
14. Castilho MS. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciências e Saúde Coletiva* 2001;6:151-64
15. Alves Sobrinho EJM, Souza MF. Este jogo não pode ser 1x1. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde* 2010;1:171-82
16. Rehem R. Compromissos com a saúde do povo brasileiro. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde* 2010;1:202-20
17. Chioro AAR, Santos PF, Costa Lima HS et al. O SUS e a saúde dos brasileiros. *Revista de Política, Planejamento e Gestão em Saúde* 2010;1:183-200
18. Ibañez N, Vecina GN. Modelos de gestão e o SUS. *Ciências e Saúde Coletiva* 2007;12(Sup):1831-40
19. Gil de Lima AP. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16:985-96
20. Teixeira L, Bugarin MS, Mac Dowell MC. Economia política da formação de consórcios intermunicipais de saúde: efeitos da heterogeneidade de renda e preferências entre municípios. *Serie textos para discussão, Departamento de Economia da Universidade de Brasília*, texto n. 301, julho 2003
21. Teixeira L, Bugarin MS, Mac Dowell MC. Consórcios intermunicipais de saúde: uma análise à luz da teoria dos jogos. *Revista Brasileira de Economia* 2003;57:253-81
22. Ribeiro HÁ, Braga RQ. Administração de consórcios intermunicipais de saúde. *Revista Brasileira de Gestão e Engenharia* 2011;3:105-22
23. Teixeira L, Bugarin MS, Mac Dowell MC. Incentivos em consórcios intermunicipais de saúde: uma abordagem de teoria dos contratos. *Serie textos para discussão, Departamento de Economia da Universidade de Brasília*, texto n. 246, setembro 2002
24. Ibanez N, Bittar OJNV; Sá ENC. Organizações Sociais de Saúde: o modelo do estado de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* 2001;6:391-404
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo da População Brasileira 2010 [www.censo2010.ibge.gov.br/](http://www.censo2010.ibge.gov.br/)
26. Brandão JRM. Avaliação do projeto da qualidade integral em Saúde – Qualis - através do inquérito domiciliar. Tese de Doutorado. Faculdade de

Medicina da Universidade de São Paulo, 2007

27. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública* 2005;39:90-9

28. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. *Ciência e Saúde Coletiva* 2010;15:2483-95

29. Spedo SM, Tanaka OU, Pinto NRS. Os desafios da descentralização do Sistema único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009;25:1781-90