

El CEBES en la agenda por la desprivatización de la salud y del SUS

Ana Maria Costa^{1,2}, Maria Lucia Frizon Rizzotto^{1,3}, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato^{1,4}

DOI: 10.1590/2358-28982026150ED-E

ESTE EDITORIAL COMPLEMENTA EL PUBLICADO EN EL NÚMERO ANTERIOR de la revista *Saúde em Debate* y busca profundizar el debate sobre la privatización de la salud en Brasil, contribuyendo a la agenda de desprivatización del Sistema Único de Salud (SUS). El punto de partida es el capítulo dedicado a la salud en la Constitución de 1988¹, fruto de la lucha del Movimiento de la Reforma Sanitaria Brasileña, que consagró una concepción radicalmente democrática y universalista de la salud. Sin embargo, la trayectoria del mandato constitucional revela que el SUS, a despecho de los importantes avances alcanzados, convive con un subfinanciamiento crónico y con la expansión de un sector privado que se nutre, paradójicamente, de recursos públicos, configurando la hibridación del sector como resultado de la correlación de fuerzas políticas y no de una supuesta neutralidad técnica.

Los dos mandatos de Fernando Henrique Cardoso (FHC) consolidaron la hegemonía del ajuste macroeconómico neoliberal sobre la financiación de la salud: la Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF) (Ley n° 101/2000), vigente hasta la actualidad, limitó el gasto en personal, favoreciendo al sector privado. En ese mismo período, el gobierno reglamentó los planes de salud (Ley n° 9.656/1998) y creó la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) (Ley n° 9.961/2000), en una ruptura implícita con el proyecto universalista². Por su parte, la Enmienda Constitucional n° 29/2000, que vinculó recursos mínimos a la salud, fue una conquista del campo progresista y no una iniciativa gubernamental, a pesar de la resistencia del Ministerio de Hacienda del gobierno de entonces³. Bajo la influencia del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, el gobierno sustituyó el horizonte universalista por el del ‘mínimo social garantizado’ y creó las Organizaciones Sociales (OS) (Ley n° 9.637/1998), cuya constitucionalidad sería reconocida por el Supremo Tribunal Federal, en 2015, en la Acción Directa de Inconstitucionalidad (Adin n° 1.923). Las OS están exentas de los procedimientos de licitación para la celebración de contratos de gestión con el poder público en áreas como la salud, la educación y la cultura.

Los gobiernos de Lula y Dilma (2003-2016) ampliaron el presupuesto destinado a la salud y, mediante el programa Más Médicos, fortalecieron la fuerza laboral del sector salud⁴, pero no abordaron de manera estructural la relación entre los sectores público y privado: mantuvieron y ampliaron las exenciones fiscales para los planes de salud, continuaron utilizando las OS en la gestión hospitalaria y no dotaron a la ANS de instrumentos para revertir la relación depredadora del sector privado, postura que reflejaba una estrategia deliberada de gobernabilidad en coalición con partidos vinculados a ese sector. Fagnani⁵ describe el resultado como un “desarrollismo social” que amplió los servicios públicos sin romper con la lógica mercantil, postergando las contradicciones estructurales del texto constitucional. En 2015, durante la crisis económica, Dilma adoptó el ajuste fiscal impulsado por el ministro Joaquim Levy, lo que debilitó al SUS y profundizó la dependencia del sector privado⁶. Su destitución (impeachment), en 2016, mediante

¹Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
dotorana@gmail.com

²Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (Escs) – Brasília (DF), Brasil.

³Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.

⁴Universidade Federal Fluminense (UFF) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

un golpe parlamentario apoyado por sectores del capital privado de la salud, abrió el camino para la ofensiva privatizadora más agresiva de la historia reciente del SUS.

El gobierno de Temer aprobó la Enmienda Constitucional (EC) n° 95/2016, que congeló durante 20 años el gasto primario federal y sustrajo del SUS cientos de miles de millones de reales en comparación con la regla anterior^{6,7}, mientras que las exenciones fiscales al sector privado continuaban aumentando. El gobierno de Bolsonaro (2019-2022), cuya gestión de la pandemia es considerada una de las más desastrosas del mundo⁸, profundizó la tercerización y creó otras modalidades de OS, como el Programa Saúde na Hora, sin garantías de control público. La victoria de Lula en 2022 dio lugar a la derogación de la EC n° 95/2016, sustituida por la EC n° 126/2022 (transición y marco fiscal) y por la Ley Complementaria (LC) n° 200/2023, que instituyó el Nuevo Régimen Fiscal. No obstante, dicho régimen sigue limitando la expansión del SUS; las exenciones fiscales permanecen sin una solución estructural, y la coalición de gobierno reproduce las tensiones que ya habían limitado los mandatos anteriores. Por lo tanto, persiste el reto de impulsar el proyecto constitucional, lo que requiere hacer frente a los intereses que conforman la propia base parlamentaria del gobierno y depender de la capacidad de los movimientos sociales y del mundo académico para movilizarse y ampliar este margen de maniobra. Frente a este modelo híbrido, construido a partir de decisiones políticas concretas, corresponde examinar dos frentes de privatización: el mercado de los planes de salud y las OS.

El mercado de los planes de salud: ganancias crecientes y regulación insuficiente

El dato agregado del gasto, equivalente al 5,1% del Producto Interno Bruto (PIB) privado

frente al 4,7% del PIB público, oculta una dinámica relevante: según la ANS¹⁰, las operadoras y administradoras de beneficios registraron una utilidad neta superior a R\$ 11 mil millones en 2024, lo que representa un incremento de más del 270% con respecto a 2023, con ingresos totales cercanos a R\$ 350 mil millones, el mejor resultado del sector desde el primer año de la pandemia, impulsado por el segmento médico-hospitalario y por los R\$ 120 mil millones obtenidos en rendimientos de inversiones financieras acumuladas. Este escenario tiene un correlato en los ingresos de los hogares: Montes de Moraes et al.¹¹, a partir de datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares 2017/2018, muestran que la proporción del ingreso destinada a los planes individuales aumentó del 4,5% (menores de 19 años) al 10,6% (79 años o más), superando el 40% del ingreso per cápita en más del 5% de las personas mayores que pagan este tipo de plan. Ello pone de manifiesto un desplazamiento del riesgo hacia el individuo a medida que envejece y enferma, en contraste con la protección equivalente garantizada por el SUS.

La renuncia fiscal en el ámbito de la salud constituye actualmente un objeto de disputa interpretativa: Mendes y Weiller¹² consideran que la deducción de los gastos médicos y de los planes de salud en el Impuesto sobre la Renta representa un gasto tributario regresivo que sustrae recursos potenciales del SUS; por su parte, el Instituto de Estudios de Salud Suplementaria¹³, financiado por el propio sector, cuestiona esta interpretación, lo que no la invalida automáticamente, pero sí exige un contrapunto basado en fuentes independientes, una laguna que la salud colectiva aún no ha logrado subsanar. Riani Costa y Bahia¹⁴, al comparar Brasil y los Estados Unidos de América, muestran que la afiliación a los planes de salud continúa creciendo incluso en contextos recesivos, contradiciendo la teoría económica convencional. Esto indica que la salud

suplementaria requiere una regulación que la considere como una parte estructural y creciente del financiamiento del sector.

Las Organizaciones Sociales: expansión sin evaluación sistemática

El relevamiento realizado por el Instituto Brasileño de las Organizaciones Sociales de Salud¹⁵ muestra que, de los 1.874 establecimientos actualmente gestionados por OS, concentrados principalmente en la región Sudeste, alrededor del 80% se encuentra bajo la administración de tan solo 27 organizaciones, lo que constituye un indicio de un mercado concentrado y no de un universo atomizado de entidades filantrópicas locales. La literatura sobre accountability, aunque todavía limitada, converge en señalar la existencia de una brecha entre la exigencia legal de transparencia y su aplicación en la práctica. Morais et al.¹⁶ verificaron que el estado de Río de Janeiro, una de las entidades federativas que más recurre a este modelo, ocupaba el 35.º lugar entre los 53 evaluados en materia de transparencia activa. Braga¹⁷ sistematizó las irregularidades del modelo entre 2015 y 2022 y sostiene que migrar hacia otras formas de gestión privada, como las Asociaciones Público-Privadas (APP) o las fundaciones estatales, sin abordar el problema de la accountability, tiende a reproducir las mismas debilidades bajo otra denominación.

Este acervo de conocimientos refuerza la posición históricamente contraria del Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES) respecto de las OS: la oposición de principio no exime a la entidad de producir evidencia sistemática sobre un modelo que hoy se encuentra consolidado. Se imponen dos líneas de acción: actualizar el mapeo de la concentración del mercado de gestión hospitalaria a cargo de las OS, extensible a las fundaciones estatales, y replicar, estado por estado, la metodología de Morais et al.¹⁶ para el monitoreo

de la transparencia activa, tarea que está al alcance de los núcleos estatales y municipales del CEBES.

Los argumentos fiscales a favor de la privatización: elementos para una lectura crítica

Entender la tensión entre el derecho constitucional y el mercado lucrativo como una disputa política exige revisar los argumentos fiscales que los defensores de la ampliación del espacio privado utilizan para sustentar técnicamente el discurso de la “colaboración”¹⁸ y que la crítica no puede ignorar sin correr el riesgo de perder fuerza persuasiva. El argumento más recurrente sostiene que las Asociaciones Público-Privadas (APP), las OS y las concesiones amplían la capacidad de inversión pública sin generar deuda directa ni presionar el resultado fiscal primario en el corto plazo, ya que el desembolso se distribuye a lo largo del tiempo¹⁹, un argumento especialmente atractivo bajo la vigencia de la LRF, marco normativo que históricamente ha limitado la expansión de la fuerza laboral del sector público. Un estudio del Banco Mundial sobre la eficiencia del gasto en salud en Brasil llega incluso a recomendar las APP como una vía para mejorar la relación costo-resultado del SUS²⁰, argumento al que se suman los de transferencia de riesgos y estímulo a las economías de escala, defendidos por entidades como el Instituto Coalición Salud²¹.

La crítica a estos argumentos debe ser, además de política, empírica. Almeida¹⁹ observa que las APP rara vez son precedidas por una evaluación de costo-efectividad en comparación con la provisión pública directa, ya que la decisión parte de la premisa de que la asociación es inevitable y ventajosa, y no de un análisis comparativo. Esto convierte el argumento de la eficiencia más en una justificación retórica que en un resultado

demostrado. Asimismo, la ausencia de deuda contable en el momento de la contratación no implica la ausencia de un compromiso fiscal, pues la APP genera una obligación de largo plazo que compite con otras prioridades presupuestarias futuras, incluida la propia expansión de la red pública. Existe, por lo tanto, una tensión real entre dos alternativas: por un lado, la expansión de la red pública propia, que exige afrontar las restricciones al gasto en personal y en inversión; y, por otro, la asociación con el sector privado, que elude esas limitaciones en el corto plazo, a costa de comprometer recursos futuros y transferir la gobernanza a actores cuyo objetivo declarado —la rentabilidad y el lucro— no coincide con los principios constitucionales de universalidad e integralidad. Reconocer la coherencia interna del argumento fiscal privatizador, y no limitarse a denunciarlo como un interés encubierto, es una condición indispensable para que el CEBES pueda disputar ese terreno mediante propuestas concretas de financiamiento público.

Por una agenda de acción

Con respecto a las OS, la prioridad es producir, y no solo reivindicar, una evaluación sistemática de su desempeño, actualizando los indicadores de concentración¹⁵ y de transparencia activa¹⁶, con la posibilidad de remitir los casos a los Tribunales de Cuentas estatales y al Tribunal de Cuentas de la Unión cuando la falta de publicidad de la información configure un incumplimiento de la Ley de Acceso a la Información.

En cuanto a la fuerza de trabajo, el debate sobre una carrera única para el SUS exige diferenciar la modalidad de contratación de servicios, que puede involucrar distintos modelos de gestión, de la forma de vinculación laboral de los trabajadores, actualmente fragmentada entre el Régimen Jurídico Único, la Consolidación de las Leyes del Trabajo (CLT), los contratos temporales, la tercerización mediante OS y las fundaciones, de modo que la

defensa de un vínculo público estable no quede supeditada a la posición adoptada respecto de un modelo específico de gestión.

Otro aspecto que debe incorporarse al debate sobre la privatización se refiere a las enmiendas parlamentarias: entre 2014 y 2023, el volumen de recursos destinados a la salud mediante enmiendas aumentó un 371%, pasando de R\$ 4,9 mil millones a R\$ 23 mil millones²²; en 2024, del total de R\$ 44,67 mil millones asignados por este mecanismo, el 66% se destinó a la salud y a las transferencias a los municipios²³. Fleury et al.²⁴ muestran que, mientras el gasto total en Acciones y Servicios Públicos de Salud aumentó un 163% entre 2013 y 2024, la proporción proveniente de las enmiendas creció un 2.657%, lo que evidencia un cambio sustancial en la composición del financiamiento, y no únicamente en su volumen. Esta dinámica resulta de una reciente secuencia de cambios normativos: la Enmienda Constitucional (EC) n° 86/2015 otorgó carácter obligatorio a las enmiendas individuales y vinculó el 50% de sus recursos a la salud; la EC n° 126/2022 elevó ese porcentaje al 2% de los Ingresos Corrientes Netos y extendió el carácter obligatorio a las enmiendas de bancada; y la Ley Complementaria (LC) n° 210/2024 amplió, a partir de 2025²⁵, las obligaciones de transferencia de recursos, alterando el equilibrio entre los poderes, ya que un instrumento concebido originalmente como complemento presupuestario para casos específicos pasó a convertirse en una fuente estructural de financiamiento del SUS, desvinculada de la planificación nacional, regional o local.

Los efectos prácticos de este proceso son la fragmentación de la planificación, la desigualdad en la distribución de los recursos y la apertura de espacios para el clientelismo. Una investigación del Instituto de Estudios para Políticas de Salud sobre las enmiendas destinadas a la salud entre 2016 y 2024 constató que, cuanto menor es el municipio, mayor es el volumen de recursos recibido mediante enmiendas para la atención primaria; sin embargo, como dichos recursos no financian

gastos de personal, generan capacidad instalada sin los profesionales necesarios para ponerla en funcionamiento²². El problema no radica únicamente en la captura política, sino también en el diseño del instrumento: incluso las enmiendas bien intencionadas operan mediante un mecanismo inadecuado para financiar el componente más crítico del SUS, la fuerza de trabajo. La Resolución n° 798/2025 del Consejo Nacional de Salud (CNS), que estableció el control social sobre las enmiendas, aún no ha sido evaluada en cuanto a su alcance, lo que constituye una oportunidad concreta para que el CEBES acompañe su implementación antes de que su aplicación —o su falta de aplicación— se consolide como un hecho consumado.

En este contexto, dos líneas de acción resultan viables a corto plazo: realizar un seguimiento sistemático de la implementación de la Resolución CNS n° 798/2025 en los consejos estaduais y municipales de salud; y defender, en el debate legislativo sobre el próximo Presupuesto, que las enmiendas individuales sean reorientadas prioritariamente hacia Planes Municipales de Salud previamente aprobados por los respectivos consejos, lo que no elimina este instrumento, sino que lo subordina a la planificación sanitaria.

En cuanto al financiamiento, vincular todo nuevo recurso federal exclusivamente a la expansión de la red pública propia, y no a la contratación de servicios privados, merece convertirse en una bandera legislativa, articulada con la lucha por una Ley de Responsabilidad Social y Sanitaria, para que la expansión presupuestaria lograda en los últimos años deje de ser compatible con el crecimiento simultáneo y sostenido de la participación privada. Por último, la respuesta del CEBES a los argumentos fiscales aquí examinados no puede limitarse a denunciar el interés económico que subyace a las APP y a las OS, sino que debe incluir la producción de estudios comparativos de costo-efectividad entre la gestión directa y la gestión privada, prácticamente inexistentes en la literatura brasileña¹⁹, que permitan disputar, con evidencia propia, el terreno técnico hoy ocupado casi exclusivamente por institutos financiados por el sector privado y por organismos como el Banco Mundial.

Contribuciones de autoría

Costa AM (0000-0002-1931-3969)*, Rizzotto MLF (0000-0003-3152-1362)* y Lobato LVC (0000-0002-2646-9523)* contribuyeron por igual a la elaboración del manuscrito. ■

Referencias

1. Presidência da República (BR). [Constituição 1988]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1988 out 5; Seção 1:1.
2. Menicucci TMG. Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Piola SF, Paiva AB, Sá EB, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. (Texto para Discussão, n. 1846).
4. Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)60054-8)

5. Fagnani E. Política social no Brasil (1964-2002): entre a cidadania e a caridade [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005. DOI: <https://doi.org/10.47749/T/UNICAMP.2005.350149>
6. Vieira FS, Benevides RPS. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. *Rev Est Pesq Amer* [Internet]. 2016 [acesso em 2026 jul 24];10(3):1-28. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>
7. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4405-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
8. Costa AM, Rizzotto MLF, Lobato LVC. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. *Saúde Debate*. 2020;44(125):289-96. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012500>
9. Funcia FR, Pinto EG, Santos L, et al. Novo arcabouço fiscal e financiamento federal do SUS. *Domingueira* [Internet]. 2023 [acesso em 2026 mar 3];16. Disponível em: <https://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-16-maio-2023>
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Desempenho econômico-financeiro do setor de saúde suplementar em 2024. Rio de Janeiro: ANS; 2025.
11. Moraes RM, Santos MAB, Werneck HF, et al. Gastos das famílias com planos de saúde no Brasil e comprometimento da renda domiciliar: uma análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2017/2018). *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00354320. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00354320>
12. Mendes Á, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. *Saúde Debate*. 2015;39(105):491-505. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002016>
13. Reis A. Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde. *Texto para Discussão n. 58* [Internet]. São Paulo: IESS; [2016] [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://iess.org.br/biblioteca/tds-e-estudos/textos-para-discussao/td-58-deduo-es-fiscais-das-despesas-com-saude-do>
14. Costa DCAR, Bahia L. Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(8):e00000122. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT000122>
15. Instituto Brasileiro das Organizações Sociais de Saúde. Levantamento sobre a gestão de estabelecimentos de saúde por Organizações Sociais. *Ibross* [Internet]. 2023 maio 9 [acesso em 2026 jul 24]; Notícias. Disponível em: <https://www.ibross.org.br/ibross-publica-informacoes-sobre-estabelecimentos-geridos-por-organizacoes-sociais-de-saude-no-brasil/>
16. Moraes HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(1):e00194916. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>
17. Braga MVA. A accountability do modelo de organização social da saúde brasileiro: uma análise frente às irregularidades detectadas de 2015 à 2022. In: *Anais do Encontro Brasileiro de Administração Pública* [Internet]; 2022; Ananindeua. Ananindeua: Unama; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://static.even3.com/processos/6a73b82a23a048c391cf.pdf?v=639209148810059956>
18. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):847-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>
19. Almeida C. Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor saúde: processos globais e dinâmicas nacionais. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00197316. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00197316>
20. Araujo E, Lobo MS, Medici A. Eficiência e sustentabilidade do gasto público em saúde no Brasil. *J Bras*

Econ Saúde. 2022;14(Supl 1):86-95. DOI: [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):86-95](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):86-95)

21. Instituto Coalizão Saúde [Internet]. [local desconhecido]: Icos; © 2025. Visão sobre a saúde: agenda prioritária; 2025 [acesso em 2026 jul 24]. Disponível em: <https://icos.org.br/visao-sobre-a-saude/>
22. Kroll R. Emendas parlamentares ganham força na destinação de recursos para saúde. Futuro da Saúde [Internet]. 2024 dez 4 [acesso em 2026 jul 24]; Orçamento. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/emendas-parlamentares-recursos-saude/>
23. Câmara dos Deputados. Maior parcela das emendas parlamentares ao Orçamento é destinada à saúde e a transferências para municípios. Agência Câmara [Internet]. 2024 mar 25 [acesso em 2026 jul 24]; Política e Administração Pública. Disponível em: www.camara.leg.br/noticias/1046785-maior-parcela-das-emendas-parlamentares-ao-orcamento-e-destinada-a-saude-e-a-transferencias-para-municipios/
24. Fleury S, Lanzara A, Burlandy L, et al. O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil. Saúde Debate. 2025;49(147):e10824. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202514710824P>
25. Santos L, Funcia F. Emendas parlamentares na saúde: o que é preciso emendar. Consultor Jurídico [Internet]. 2025 abr 12 [acesso em 2026 jul 24]; Opinião. Disponível em: <https://conjur.com.br/2025-abr-12/emendas-parlamentares-na-saude-o-que-e-preciso-emendar/>