


Relación público-privado en los ingresos quirúrgicos a través del Sistema Único de Salud

Liane Alves de Sá^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0288-5215>

Eduardo Rocha Covre¹

 <https://orcid.org/0000-0001-7338-121X>

Willian Augusto de Melo¹

 <https://orcid.org/0000-0003-1731-763X>

Rogério Miranda Gomes³

 <https://orcid.org/0000-0002-2055-0558>

Maria Fernanda do Prado Tostes¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8737-0431>

Objetivo: caracterizar los ingresos quirúrgicos, la estancia, el costo y la mortalidad, según la naturaleza jurídica (público y privado) del hospital vinculado al Sistema Único de Salud. **Método:** se trata de estudio descriptivo, tipo encuesta, con recolección de datos retrospectiva (2008 a 2017) y enfoque cuantitativo. Las variables dependientes ingresos quirúrgicos en Brasil, costos, estancia y mortalidad y las variables independientes régimen/naturaleza jurídica (público y privado) se obtuvieron del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud. Para el análisis se utilizó la prueba de Mann-Whitney. **Resultados:** el promedio de hospitalizaciones a través del Sistema Único de Salud fue de 4.214.083 hospitalizaciones/año, 53,5% ocurrieron en hospitales privados contratados y 46,5% en hospitales públicos ($p=0,001$). La transferencia financiera fue mayor para el sector privado (60,6%) y del 39,4% para el público ($p=0,001$). La estancia media fue de 4,5 días en el público y 3,1 días en el privado ($p<0,001$). La mortalidad fue mayor en los hospitales públicos (1,8%) que en los privados (1,4%) ($p<0,001$). **Conclusión:** hubo un predominio de los ingresos quirúrgicos a través del Sistema Único de Salud en los hospitales privados con mayor transferencia económica a este sector en detrimento de la población. La evidencia producida contribuye al debate y las acciones para evitar la asfixia presupuestaria del sector público que privilegia al sector privado.





Descriptorios: Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Sistema Único de Salud; Financiación Gubernamental; Sector Público; Sector Privado; Enfermería en Salud Pública.

¹ Universidade Estadual do Paraná, Colegiado de Enfermagem, Paranavaí, PR, Brasil.

² Becaria de la Fundação Araucária, Universidade Estadual do Paraná, Brasil.

³ Universidade Federal do Paraná, Departamento de Saúde Coletiva, Curitiba, PR, Brasil.

Cómo citar este artículo

Sá LA, Covre ER, Melo WA, Gomes RM, Tostes MFP. Public-private relationship in surgical hospitalizations through the Unified Health System. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3467. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4901.3467>

Introducción

La asistencia quirúrgica accesible y segura es esencial para reducir la morbilidad y las discapacidades resultantes de las condiciones quirúrgicas. Además, mejora el bienestar de la población, la productividad económica, la capacidad y la libertad de las personas, contribuyendo al desarrollo a largo plazo de los países⁽¹⁾.

A pesar de su importancia, el acceso a la cirugía no está totalmente garantizado a la población, especialmente en países periféricos o sin sistemas de salud universales, lo que contribuye a la aparición de complicaciones en casos que podrían resolverse con cirugías de menor complejidad⁽²⁾.

A nivel mundial, se estima que aproximadamente cinco mil millones de personas no tienen acceso a la atención quirúrgica y los cuidados anestésicos esenciales, económicos y seguros realizados en forma oportuna⁽¹⁾, lo que dificulta el fortalecimiento de los sistemas de salud y el Acceso Universal a la Salud⁽³⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud, Brasil se caracteriza por ser un país de ingresos medios⁽⁴⁾ y su realidad en cuanto a las garantías de acceso no difiere de la situación mundial mencionada anteriormente. Los estudios muestran que, en el país, el volumen quirúrgico es menor al recomendado por el objetivo de la *Lancet Commission on Global Surgery*, que debería ser de 5.000 por cada 100.000 habitantes/año para el 2030⁽⁵⁻⁶⁾. De 2008 a 2016, el volumen quirúrgico promedio fue de 2.020 cirugías por cada 100.000 habitantes/año realizadas por el Sistema Único de Salud (SUS)⁽⁶⁾.

En Brasil, cabe señalar que, para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, incluidos los procedimientos quirúrgicos, además del uso de los servicios públicos federales, provinciales y municipales, el SUS también contrata servicios privados, que incluyen instituciones con y sin fines de lucro e instituciones filantrópicas de manera complementaria, según lo previsto en la Constitución de 1988⁽⁷⁾.

Desde esa perspectiva, es notable la falta de estudios realizados sobre cómo se distribuyen los ingresos quirúrgicos por parte del SUS, enfocados en la naturaleza jurídica de las unidades hospitalarias, incluyendo todas las especialidades quirúrgicas y de ámbito geográfico nacional. De hecho, un estudio existente con este enfoque se limitó a abordar el acuerdo público-privado en una sola especialidad quirúrgica⁽⁸⁾. Por lo tanto, este estudio es precursor en la producción de este conocimiento y puede contribuir a reducir las lagunas de conocimiento y contribuir al avance científico de esta temática en Salud y Enfermería.

Ante lo expuesto, se planteó la siguiente pregunta: ¿cómo se distribuyen los ingresos quirúrgicos a nivel nacional por el SUS y otras variables relacionadas con la naturaleza jurídica de los hospitales? Para responder

a la pregunta de investigación, este estudio tuvo como objetivo caracterizar los ingresos quirúrgicos, la estancia, los costos y la mortalidad, de acuerdo con la naturaleza jurídica (público y privado) del hospital vinculado al Sistema Único de Salud.

Método

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo, tipo encuesta, con enfoque cuantitativo.

Lugar de recolección de datos

La información de fuente secundaria se obtuvo a través de la base de datos del Departamento de Computación del SUS (DATASUS)⁽⁹⁾. Y, en el Sistema, la cobertura geográfica establecida fue Brasil.

Variables

Las variables dependientes del estudio fueron ingresos quirúrgicos, estancia media, valor medio de la hospitalización, valor del servicio hospitalario y tasa de mortalidad.

Las variables independientes consideradas fueron el régimen y la naturaleza jurídica de la unidad hospitalaria contratada por el SUS, público y privado.

Periodo de recolección de datos

En el DATASUS, la recolección de datos retrospectiva se realizó en julio de 2018. Para obtener las variables de estudio se consideró el período comprendido entre 2008 y 2017. El período inicial considerado fue 2008 porque, en el sistema DATASUS, los datos consolidados de 2008 brindan información más específica, como los servicios y procedimientos realizados, así como los grupos y subgrupos de estos procedimientos⁽⁹⁾. Y, los datos anuales completos estuvieron disponibles en el Sistema hasta 2017, por ende, se estableció ese límite de tiempo.

Recolección de datos

En el sistema DATASUS, en la opción Información en Salud (TABNET), se seleccionó la opción Atención de la Salud, luego la opción Producción Hospitalaria (SIH/SUS) y la opción Datos Consolidados, por lugar de hospitalización, a partir de 2008. Actualmente, la cobertura geográfica seleccionada fue Brasil por Región y Unidad de Federación.

Luego, en la opción fila, se seleccionó Año de Proceso, en la columna la opción Régimen, para la recolección de datos referidos al período comprendido entre 2008 y 2014, y Naturaleza Jurídica, para la recolección de datos referidos al período de 2015 a 2017. Cabe destacar

que era necesario el uso de las dos opciones Régimen y Naturaleza Jurídica en el proceso de recolección de datos porque en el Sistema las clasificaciones Régimen y Naturaleza están disponibles para su procesamiento hasta 2014. A partir de 2015 se utiliza la clasificación Naturaleza Jurídica y Ámbito Jurídico.

A continuación, en la opción de contenido, se seleccionó por separado cada variable dependiente del estudio. Y, en la sección Selecciones Disponibles, se escogió la opción Grupo Procedimientos y se distinguió la opción Procedimientos quirúrgicos.

Procesamiento y análisis de datos

Después de la recolección del DATASUS, los resultados fueron tabulados en hojas de cálculo en el software *Microsoft Excel* versión 2007. En lo que respecta a las variables dependientes relacionadas con costos, los valores fueron convertidos a dólares estadounidenses, considerando la cotización del 20 de julio de 2018 (período de la recolección de datos) = 3,7787 reales.

Para el análisis se utilizó la prueba estadística de *Mann-Whitney* a través del programa *Statistica* versión 10. En los análisis se estableció un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$). Los datos se presentaron en una tabla y gráficos *boxplot*.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética, CAAE número 14956719.6.0000.9247 y dictamen de aprobación número 3.387.441/2018.

Resultados

En el DATASUS, en 10 años, se registraron 42.140.832 de ingresos quirúrgicos a través del SUS (promedio anual de 4.214.083 hospitalizaciones). De este monto, el 53,5% (22.543.816) se produjo en hospitales privados contratados por el SUS, mientras que en los hospitales públicos fueron el 46,5% (19.594.158). Y, en 2.858 ingresos quirúrgicos, no se especificó el régimen/naturaleza jurídica.

En cuanto a la estancia, el promedio fue de 3,8 días. En el sector público fue mayor (4,5 días) que en el privado (3,1 días).

El costo de los servicios hospitalarios fue del orden de 11.823.847.361,41 de dólares, los hospitales privados recibieron 7.165.240.353,88 de dólares, mientras que los hospitales públicos recibieron 4.658.607.007,53 de dólares, lo que representa el 60,6% y el 39,4%, respectivamente, de los gastos.

El valor promedio de la hospitalización fue de 368,57 dólares, este monto fue más sustancial en el ámbito privado (415,63 dólares) que en el ámbito público (312,86 dólares).

En cuanto a la mortalidad, la tasa general establecida fue de 1,6%, este índice fue mayor (1,8%) en los hospitales públicos que en los privados (1,4%).

En lo que respecta a la diferenciación entre público y privado, hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en todas las variables analizadas, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 - Distribución de ingresos quirúrgicos a través del Sistema Único de Salud (2008 a 2017), estancia hospitalaria, costos y mortalidad, diferenciados entre público y privado. Brasil, 2018*

Variable	Valores	Media	Desviación Estándar	Coefficiente de Variación	Prueba de Mann-Whitney (p-valor) [†]
Ingresos					
Sector Público	19.594.158	1,95	2,0	11,22375	0,001
Sector Privado	22.543.816	2,25	1	2,40148	
Media Estancia					
Sector Público	4,5	4,5	0	2,0512	<0,001
Sector Privado	3,1	3,1	0	1,52066	
Valor Servicio Hospitalario[‡]					
Sector Público	4.658.607.007,53	4,65	3,4	19,75933	0,001
Sector Privado	7.165.240.353,88	7,16	5,5	20,33038	
Valor Medio Ingreso[‡]					
Sector Público	312,86	3,12	118	9,98838	0,005
Sector Privado	415,63	4,15	295	18,78842	
Tasa de Mortalidad					
Sector Público	1,8	1,81	0	2,11316	<0,001
Sector Privado	1,4	1,43	0	6,19564	

*Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Informática del Sistema Único de Salud, 2018; [†]p-valor<0,05 considerado estadísticamente significativo;

[‡]Cotización del dólar estadounidense = R\$ 3,7787 el 20/07/2018

En la Figura 1 (*boxplot*), el análisis de la distribución de los ingresos quirúrgicos mostró una mediana mayor en el sector privado (2,24) que en el sector público (1,99). La mediana de la variable valor de los servicios hospitalarios fue más significativa en el sector privado (2,6) que en el público (1,8). En cuanto al valor medio de ingreso quirúrgico, la mediana fue de 1,6 en el privado y de 1,2 en el público.

Sin embargo, con respecto al valor promedio de estancia y de la tasa de mortalidad, hay valores más significativos en el sector público que en el privado. Los valores incluyen: mediana de 4,5 para el sector público y 3,1 para el sector privado, en lo que respecta al tiempo promedio de estancia, mientras que la mediana de la tasa de mortalidad es 1,8 en el sector público y de 1,4 en el privado.

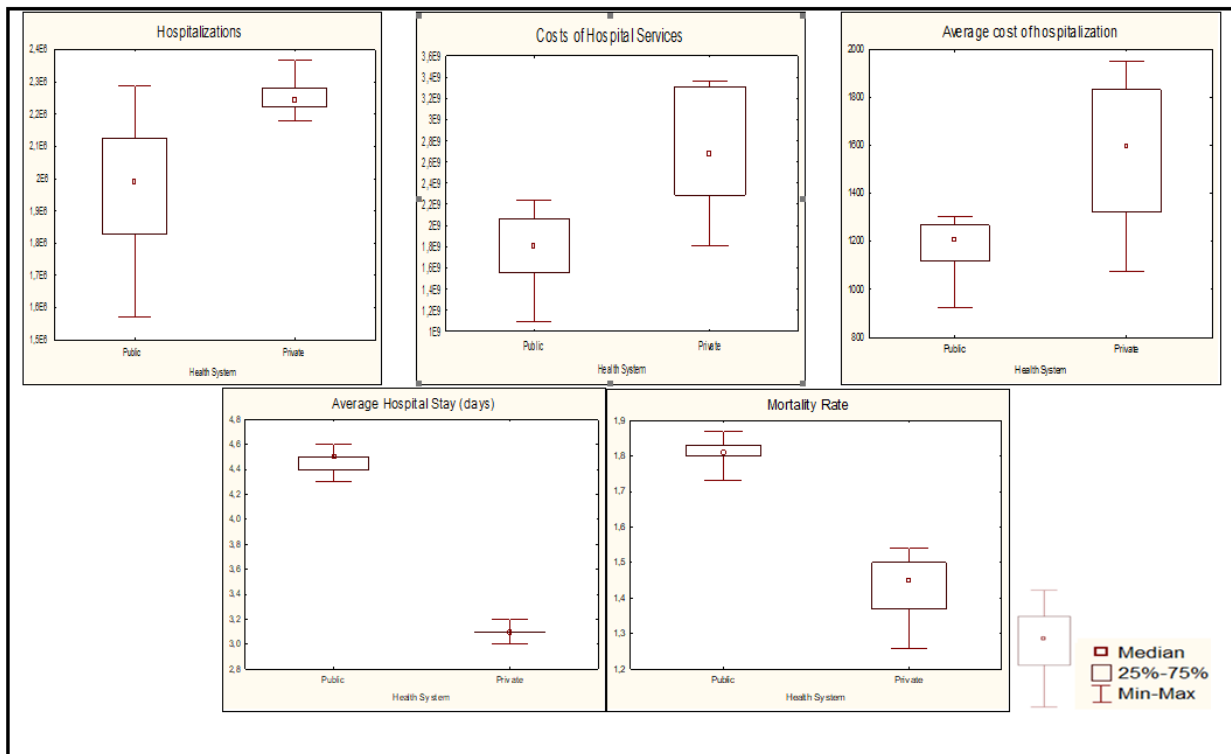


Figura 1 - *Boxplot* de ingresos quirúrgicos a través del Sistema Único de Salud (2008 a 2017), estancia hospitalaria promedio, tasa de mortalidad, valor promedio de hospitalización y valor de los servicios hospitalarios diferenciados entre sector público y privado. Brasil, 2018

Discusión

En este estudio se puede observar que, en el período de diez años abordado, los ingresos hospitalarios por procedimientos quirúrgicos por parte del SUS ocurrieron más en los hospitales privados que en los públicos, con una diferencia estadísticamente significativa entre ambos. Además, el valor promedio de la hospitalización y el valor total de los servicios hospitalarios en dicho período fueron mayores en el ámbito privado, poniendo en evidencia la notable transferencia de recursos públicos a este sector. De hecho, en las hospitalizaciones por procedimientos quirúrgicos, se puede decir que los servicios públicos son complementarios a los privados.

De manera similar a los resultados mencionados anteriormente, en un estudio realizado para discutir la

relación público-privado en la atención cardiovascular de alta complejidad en el SUS, los autores mostraron que el 73% de los servicios fueron prestados por entidades privadas contratadas por el SUS⁽⁸⁾.

En Brasil, el número de establecimientos de salud aumentó de 21.532 en 1981 a 129.544 en 2017, crecimiento liderado por la expansión de las Clínicas y Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Terapia (SADT) y las Unidades Básicas de Salud (UBS). Sin embargo, mientras que las UBS son predominantemente públicas (99,2% en 2017), las unidades de SADT son en su mayoría privadas (86,8% en 2017). Durante este período, se produjo una disminución progresiva de la participación pública, dado que en 1981 superaba el 50%⁽¹⁰⁾.

En cuanto al entorno hospitalario, el número de hospitales pasó de 5.660 en 1981 a 8.139 en 2019⁽¹¹⁾.

Históricamente, en Brasil, siempre ha habido una tendencia de distribución aproximadamente equivalente entre hospitales públicos (aproximadamente un tercio de los hospitales), privados rentables (también alrededor de un tercio) y privados filantrópicos (ídem)⁽¹²⁾. El total de camas hospitalarias en el país (incluidas las contratadas y no contratadas por el SUS) disminuyó de 460.656 en 2008 a 437.565 camas en 2018, y esta reducción se produjo principalmente en las camas privadas contratadas por el SUS⁽¹³⁾.

Esta dinámica, de reducción de camas y aumento del número de hospitales, demuestra una reducción en el tamaño promedio de los hospitales brasileños en las últimas décadas, dado que los hospitales públicos presentan menor número promedio de camas que los privados⁽¹²⁾. Las camas públicas aumentaron en el período, pero siguen siendo minoritarias, representando solo el 35,8% del total de camas existentes en el país en 2017⁽¹⁰⁾. Por lo tanto, actualmente, más de la mitad de los ingresos del SUS siguen realizándose en hospitales privados, sean los privados rentables o los denominados filantrópicos.

Cabe mencionar también el progresivo descenso del número de camas por mil habitantes, de 4,1 en 1976 a 3,2 en 1995, y llegando a 2,3 en 2019⁽¹¹⁻¹²⁾. Considerando solo las camas generales disponibles para el SUS, había 0,91 camas por mil habitantes en 2019. La tasa de hospitalizaciones en el país también ha disminuido desde la implementación del SUS, relacionada con cambios en el modelo de atención y con las políticas de topes para la contención de gastos hospitalarios⁽¹²⁾.

En el sistema de salud brasileño, la atención hospitalaria es brindada predominantemente por servicios privados, que atienden simultáneamente a los usuarios del SUS y de los seguros privados, lo que implica disposiciones de financiamiento y convenios asistenciales complejos que dificultan la integración de la salud y la regulación del sistema⁽¹⁴⁾.

En los últimos años, la transferencia de la prestación de servicios públicos al sector privado, a través de diversos mecanismos, como la tercerización, alianzas público-privadas, Organizaciones Sociales (OS), entre otros, ha tenido un papel creciente. Varios autores señalan que estos mecanismos pueden conducir a la distorsión de los principios que definen las necesidades de salud, en beneficio de intereses comerciales⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

De hecho, la gran cantidad de recursos públicos invertidos en salud privada contribuye a la mercantilización de la salud, haciéndola interesante para los inversionistas, a través de exenciones fiscales, entre otros mecanismos financieros⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Esta lógica orienta las instituciones y políticas de protección social al servicio de los intereses de la acumulación, permitiendo que el capital mercantile

prácticamente todas las dimensiones de la vida social, incluida la salud.

En cuanto a los valores de los ingresos quirúrgicos, los resultados muestran que los procedimientos en la red privada cuestan más que en la pública. En un estudio realizado para evaluar el convenio público-privado en el contexto de la atención cardiovascular entre 2008 y 2015, los autores también demostraron que las hospitalizaciones en instituciones privadas financiadas por el SUS superaron a las existentes en hospitales públicos y resultaron más costosas para el sistema⁽¹⁸⁾.

Además, el sector privado selecciona los servicios y procedimientos más rentables según la remuneración de la tabla SUS (patrón de referencia para el pago de servicios que prestan las instituciones privadas a la red de salud pública)⁽¹⁵⁾. En consecuencia, esta dinámica de división público-privado en procedimientos, servicios y valores de remuneración orientada por intereses de mercado es una importante determinación de los límites para la universalidad del acceso a la salud⁽¹⁶⁾.

La definición de la Tabla SUS como referencia y no como límite también les permite a los proveedores privados establecer precios más altos, como ocurre habitualmente en los contratos con entidades municipales y estatales.

En un estudio cualitativo realizado con gerentes municipales para analizar la relación entre gerentes públicos y proveedores privados contratados por el SUS, los autores constataron que la relación suele ser tensa, agravada por ventajas, privilegios e intereses, y caracterizada por relaciones de poder desiguales, que se hacen posible por el *modus operandi* de ambos actores involucrados (gerentes y proveedores). En esta relación, la lógica predominante es la búsqueda de rentabilidad, además del fisiologismo político; la adaptación de los gestores y la percepción de ausencia de alternativas también contribuyen a la continuidad de esta dinámica⁽¹⁵⁾.

En cuanto a la estancia hospitalaria media y la tasa de mortalidad, los resultados mostraron que los valores más altos se dieron en el sector público. Otro estudio, que investigó si la mortalidad hospitalaria ajustada difiere según la fuente de pago de las hospitalizaciones, la naturaleza jurídica y los convenios de financiamiento de los hospitales, analizó 852.864 ingresos de adultos, en 789 hospitales entre 2008 y 2010, señalando que el número de muertes de pacientes financiados por el SUS fue mayor que el de los pacientes que tenían seguro médico o que pagaron de forma particular. Las implicancias de la forma de financiación y la naturaleza jurídica del servicio sobre la mortalidad ajustada no fueron significativas. Sin embargo, aunque estos aspectos no se asociaron con diferenciales en el riesgo de muerte, se notó, dentro de los mismos hospitales, la existencia de

diferentes estructuras físicas y, posiblemente, recursos, para pacientes SUS y no SUS, lo que indica inequidades en el proceso de atención⁽¹⁴⁾.

En general, se puede observar que la selección de procedimientos más rentables conduce a una tendencia de concentración de los proveedores privados en las áreas más rentables, buscando intervenciones mejor pagadas y con menor estancia hospitalaria, lo que permite una mayor productividad con la capacidad instalada. Muchas veces, los cuadros más crónicos, con estadías más prolongadas, costos más altos y tasas de mortalidad más altas, han dependido predominantemente de los hospitales públicos⁽¹²⁾. Esta tendencia también está presente en otros sistemas públicos con una fuerte presencia privada, como el seguro social francés⁽¹⁹⁾.

Aunque no se analizaron en este estudio, las posibles diferencias de desempeño entre los servicios de salud públicos y privados fueron objetos de estudio. Aunque existen en Brasil pocos estudios sobre el tema, y rara vez son concluyentes, los estudios internacionales, en general, señalan la superioridad de los sistemas públicos universales con fuerte participación y regulación estatal y basados en la Atención Primaria de Salud como puerta de entrada y coordinadora de la atención⁽³⁾.

En este sentido, varios autores señalan que esta contratación excesiva de servicios privados se contrapone a los principios y lineamientos del SUS, ya que perjudica la integración de la atención, la longitudinalidad y el acceso de los usuarios^(17,20). Lejos de ser un dilema brasileño, los obstáculos para la atención integral derivados del *mix* público-privado abarcan varios países, especialmente los latinoamericanos⁽²¹⁾.

Si bien el SUS constituye un importante sistema universal, la convivencia contradictoria y complejamente entrelazada con el sector privado ha obstaculizado la concretización del derecho universal a la salud⁽³⁾. Entre los problemas derivados de la privatización, se destacan las deducciones y exenciones fiscales para los establecimientos privados (con fines de lucro y filantrópicos), los altos costos administrativos de la tercerización y la corrupción. Además, la financiarización e internacionalización del sector salud ha avanzado significativamente en las últimas décadas, a través de procesos de adquisición-fusión de empresas, dirigidos por fondos financieros, con importantes implicaciones para la captación de fondos públicos, la plusvalía y fijación monopolística de precios. Este avance en la privatización y el hecho de que estos actores tengan representantes en los núcleos de toma de decisiones del gobierno ha favorecido que no haya prácticamente ninguna reflexión por parte de las entidades de participación social y los consejos de salud⁽¹⁶⁾.

A esta situación preocupante se le suma el hecho de que el SUS, desde su creación, ha tenido un financiamiento público restringido, relativo al Producto Interno Bruto (PIB), en comparación con otros países con sistemas universales de salud⁽²²⁾. Como resultado, varios estudios han destacado algunos elementos clave para prevenir el desmantelamiento del sistema público a través de la privatización y la falta de financiación^(20,22-24).

Por un lado, la necesidad de superar la subfinanciación crónica del SUS implica, además de la definición de nuevas fuentes de recursos financieros, la prohibición de la transferencia del fondo público a las aseguradoras y empresas privadas, el fin de la exención fiscal para los operadores de planes de salud, así como una mayor regulación estatal de la medicina prepaga⁽²⁰⁾.

Además, para garantizar una atención integral, es fundamental ampliar la reforma sanitaria a los servicios hospitalarios, a través de su integración en la red como referente territorial y soporte para la Atención Primaria, mediana complejidad y urgencia. En esto juega un papel importante el establecimiento de equipos interdisciplinarios de referencia y apoyo matricial, fortaleciendo el vínculo, la continuidad y la coordinación de la atención⁽²⁴⁾.

Es evidente que el enfrentamiento de la subfinanciación y la privatización requiere un conocimiento profundo y actualizado sobre estos temas⁽¹⁶⁾, a fin de apoyar la participación popular y los esfuerzos de los movimientos en defensa del SUS⁽²²⁻²⁴⁾. Por lo tanto, este trabajo forma parte de esta perspectiva.

Con respecto al área de Salud y Enfermería, cabe destacar la necesidad de resaltar el rol y poder de los actores privados en la elaboración y conducción de políticas públicas, a pesar de la relativa invisibilidad, para amplios segmentos sociales, de sus motivaciones particularistas y comerciales, que implica repensar estrategias para garantizar el mantenimiento y expansión de los derechos sociales⁽²⁵⁾.

El contexto actual es probablemente el más difícil experimentado por el SUS. La plataforma ultraliberal expresada, por ejemplo, en la Enmienda Constitucional 95/2016, congela el gasto social durante 20 años⁽²⁶⁾, en la reformulación de las políticas de Atención Primaria – que reducen la prioridad de la Estrategia Salud de la Familia – en las propuestas – siempre presente – para privatizar la gestión de los servicios públicos, incluida la Atención Primaria de Salud, y desmantelar la Política de Salud Mental, entre otros, obstaculiza cualquier posibilidad de supervivencia del SUS como un sistema verdaderamente público, universal e integral. Corresponde a los defensores del SUS – la población, incluidos los trabajadores de la salud y al ámbito académico – más que nunca, la tarea indeclinable de apoyar los avances del sistema brasileño contra la ofensiva neoliberal; no como una aceptación

acrítica de la etapa alcanzada, sino como un nivel a partir del cual se debe organizar un movimiento expandido, con el objetivo de superar los límites del SUS, para garantizar de hecho la atención integral como un derecho humano inalienable.

Se deben considerar algunas limitaciones del presente estudio. Los datos poblacionales no se incorporaron al análisis de variables dependientes. Además, no fueron evaluados los subgrupos de procedimientos y perfil de atención predominante en cada régimen, las heterogeneidades regionales y sus implicaciones para el convenio público-privado, las posibles diferencias de tamaño entre hospitales públicos y privados y sus implicaciones para el desempeño. Por lo tanto, se sugiere que, al realizar más investigaciones, se analicen estas variables.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones, se cree que este estudio es pionero en el análisis del convenio público-privado en los ingresos quirúrgicos del SUS con alcance nacional en la década estudiada. Se espera que la evidencia producida pueda contribuir al avance de la producción científica sobre este tema. También cabe destacar que la mayoría de los estudios destinados a discutir la privatización de la salud se centran en la medicina prepaga. Existen pocos estudios dedicados al análisis de la presencia privada complementaria al SUS⁽¹⁶⁾, como se propone aquí.

Además, la evidencia generada puede contribuir a profundizar la reflexión y el debate, ya que los actores y las políticas internacionales y nacionales dirigidas a restringir los derechos sociales y privatizar las políticas públicas, incluida la salud, aún son poco investigados en Brasil⁽²⁵⁾.

Conclusión

El hecho de que, durante el período analizado, los ingresos quirúrgicos al SUS hayan sido realizados predominantemente por servicios privados, servicios que presentaron un mayor valor promedio de hospitalización y absorbieron la mayor parte de los recursos destinados a esta área, refleja hasta que punto, en este ámbito, es el servicio público el que se presenta como complementario, contrariando los principios constitucionales. Al mismo tiempo, se comprobó que la estadía promedio y la tasa de mortalidad fueron mayores en el sector público, con una diferencia estadísticamente significativa entre público y privado para todas las variables analizadas.

Por lo tanto, se espera que este estudio pueda contribuir a una reflexión crítica sobre el proceso en curso en Brasil de privatización y mercantilización de la salud. El objetivo es fomentar acciones para evitar la asfixia presupuestaria del sector público en favor del sector privado, que alimenta el ciclo de acumulación de capital a través de políticas sociales y transferencia de

fondos públicos, con importantes implicaciones para el acceso y la atención.

Referencias

1. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh E, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. [Internet]. 2015 [cited 2020 Ago 11];386(9993):569-624. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60160-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60160-X/fulltext)
2. Gyedu A, Stewart B, Gaskill C, Boakye G, Appiah-Denkyira E, Donkor P, et al. Improving benchmarks for global surgery: nationwide enumeration of operations performed in Ghana. *Ann Surg*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 20];268(2):282-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.1097%2FSLA.0000000000002457>
3. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Cantanhêde RM, Martins GB, Santos IS, et al. Universal health system and universal health coverage: assumptions and strategies. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 13];23(6):1763-76. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso&tlng=en
4. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Maele NV, Touré H, et al. Public spending on health: a closer look at global trends. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Ago 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276728/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-18.3-eng.pdf?ua=1>
5. Massenburg BB, Saluja, S, Jenny HE, Raykar NP, NG-Kamstra J, Guilloux AGA, et al. Assessing the Brazilian surgical system with six surgical indicators: a descriptive and modelling study. *BMJ Glob Health*. [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 20];2(2):e000226. Available from: <http://gh.bmj.com/content/bmjgh/2/2/e000226.full.pdf>
6. Covre ER, Melo WA, Tostes MFP, Fernandes CAM. Trend of hospitalizations and mortality from surgical causes in Brazil, 2008 to 2016. *Rev Col Bras Cir*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 13];46(1):e1979. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0100-69912019000100152&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.034, de 05 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2010* [Acesso 10 ago 2020]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010.html
8. Oliveira PR, Guerra MG Oliveira A, Martins AL. Public-private relation in the Brazilian policy of tertiary care for cardiovascular conditions. *Rev Adm Pública*. [Internet].

- 2019 [cited 2020 Jul 12];53(4):753-68. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122019000400753
9. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. [Homepage]. 2018 [Acesso 2 jul 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
10. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: supply, access to and use of health services over the last 30 years. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 13];23(6):1751-62. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601751&script=sci_arttext&lng=en
11. Noronha KVMS, Guedes GR, Turra CM, Andrade MV, Botega L, Nogueira D, et al. The COVID-19 pandemic in Brazil: analysis of supply and demand of hospital and ICU beds and mechanical ventilators under different scenarios. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2020;36(6):e00115320. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000605004&lng=en&nrm=iso&lng=en
12. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In.: Giovanella L, organizador. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
13. Confederação Nacional de Municípios (BR). Brasil perdeu 23.091 leitos hospitalares em dez anos. [Internet]. 2018 [Acesso 2 jul 2020]. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/cms/biblioteca/Estudo-tecnico-Leitos%20hospitalares-2018.pdf>
14. Machado JP, Martins M, Leite IC. Public-private settlement and hospital mortality per sources of payment. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 12];50:42. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100405
15. Silva JFM, Carvalho BG, Domingos CM. Health governance and the public-private relationship in small municipalities. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Ago 12];23(10):3179-88. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003179&lng=en&nrm=iso&lng=en
16. Bahia L, Scheffer M. The Unified Health System (SUS) and the private assistance sector: interpretations and facts. *Saúde Debate*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 12];42(n spe3):158-71. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s312>
17. Bahia L. Thirty years of history in the Brazilian Unified National Health System (SUS): a necessary but insufficient transition. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 12];34(7): e00067218. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00067218>
18. Martins AL, Guerra M, Oliveira MS. Public-private relationship in the Brazilian policy of tertiary care for cardiovascular conditions. *Rev Gestão Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 13];10(3):391-406. Available from: <https://doi.org/10.26512/gsv.10i3.24946>
19. Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: CamposGWS, Minayo MCS, Akerman M. Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. p. 563-613.
20. Celuppi IC, Geremia DS, Ferreira J, Pereira AMM, Souza JB. 30 years of the SUS: public-private relationship and the impasses for the universal right to health. *Saúde Debate*. [Internet]. 2019 [cited 2020 Aug 13];43(121):302-13. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200302
21. Cárdenas WIL, Adelyne MMP, Cristiani VM. Public-private relations in the Colombian health system from 1991 to 2015. *Cad Saúde Pública*. 2017 [cited 2020 Dez 10];33(sup.2):e00114016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00114016>
22. Paim JS. Thirty years of the Unified Health System (SUS). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 12];23(6):1723-28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>
23. laurell AEC. Competing health policies: insurance against universal public systems. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 Jul 12];24:e2668. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>
24. Campos GWS. Future prospects for the SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2018 [cited 2020 Aug 13];23(6):1707-14. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601707&script=sci_arttext&lng=en
25. Almeida C. Public-private partnerships (PPPs) in the health sector: global processes and national dynamics. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 2];33(Suppl 2):e00197316. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00197316>
26. Mariano CM. Emenda Constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao Estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Investig Constit*. [Internet]. 2019 [Acesso 10 dez 2020];4(1):259-81. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/rinc/article/view/50289>

Contribución de los autores:

Concepción y dibujo de la pesquisa: Willian Augusto de Melo, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado Tostes. **Obtención de datos:** Liane Alves de Sá, Eduardo Rocha Covre. **Análisis e interpretación de los datos:** Liane Alves de Sá, Eduardo Rocha Covre, Willian

Augusto de Melo, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado Tostes. **Análisis estadístico:** Liane Alves de Sá, Eduardo Rocha Covre, Willian Augusto de Melo. **Redacción del manuscrito:** Liane Alves de Sá, Willian Augusto de Melo, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado Tostes. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Eduardo Rocha Covre, Rogério Miranda Gomes, Maria Fernanda do Prado Tostes.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.


Recibido: 10.09.2020

Aceptado: 03.02.2021

Editora Asociada:
Andrea Bernardes

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

Autor de correspondencia:
Maria Fernanda do Prado Tostes
E-mail: mfpprado@gmail.com
 <https://orcid.org/0000-0001-8737-0431>