

VIII CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD. RELATO FINAL

(Brasilia, 17 al 21 de Marzo de 1986)

INTRODUCCION

El presente relato final refleja un proceso de discusión que, iniciado en las pre-conferencias preparatorias estatales y municipales, culminó con la participación de más de 4.000 personas en la 8a. Conferencia Nacional de Salud (CNS), entre ellas 1.000 delegados. Este proceso se materializó en textos, debates, mesas redondas, trabajos de grupos y sus relatos, culminando en este documento aprobado en el plenario final de la Conferencia.

Los plenarios de la 8a. Conferencia Nacional de Salud contaron con la participación efectiva de casi todas las instituciones que actúan en el sector, así como de aquéllas representativas de la sociedad civil, de los grupos profesionales y de los partidos políticos.

El documento presentado para su aprobación en plenario era el relato consolidado de las discusiones desarrolladas durante tres días en los 135 grupos de trabajo (38 de delegados y 97 de participantes) donde se discutieron los temas: Salud como Derecho, Reformulación del Sistema Nacional de Salud y Financiamiento Sectorial.

Se establecieron, por lo tanto, dos niveles de discusión, uno que se efectivizó durante los trabajos de grupo, apoyados por las presentaciones y mesas redondas sobre los temas, y otro que se concretó en la asamblea final. El proceso altamente participativo, democrático y representativo que permeó todo el debate en la 8a. Conferencia Nacional de Salud, permitió un alto grado de consenso, caracterizando una unidad en cuanto al tratamiento de las grandes cuestiones a pesar de la diversidad de propuestas en cuanto a las formas de implementación.

La comisión relatora cumplió rigurosamente el reglamento, incorporando todas las modificaciones aprobadas por la asamblea de delegados y señalando sólo las contradicciones más evidentes.

Para asegurar la fidelidad al rico proceso de debate que se produjo en la Conferencia, se hace necesario destacar algunos puntos que, en una simple lectura de las conclusiones referentes a los tres temas, no se revelan con suficiente énfasis:

- 1 - En primer lugar, resultó evidente que las modificaciones necesarias en el sector salud trascienden los límites de una reforma administrativa y financiera, exigiéndose una reformulación más profunda, ampliándose el mismo concepto de salud y su correspondiente actividad institucional, revisándose la legislación que se refiere a promoción, protección y recuperación de la salud, constituyéndose lo que se ha convenido llamar Reforma Sanitaria.

- 2 - La cuestión que tal vez haya movilizadado en mayor medida a los participantes y delegados fue la naturaleza del nuevo Sistema Nacional de Salud: si deberá ser estatizado o no, si lo será de manera inmediata o progresiva. La propuesta de estatización inmediata fue rechazada, habiendo consenso sobre la necesidad del fortalecimiento y expansión del sector público. En cualquier situación, sin embargo, quedó claro que la participación del sector privado debe darse bajo el carácter de servicio público "concedido" y el contrato debe estar regido por las normas del Derecho Público. En relación con ese tema, es impresión de la comisión de redacción que la propuesta "estatización de la industria farmacéutica" aprobada en la Asamblea Final, es conflictiva con esa posición general por no haber sido objeto de una discusión más profunda.
- 3 - Otro tema bastante polémico fue el relacionado la separación de la "Salud" y la "Previsión". La intención mayoritaria fue que la Previsión Social debía encargarse de las actividades propias del "Seguro social" (pensiones, jubilaciones y demás beneficios) y la salud estaría, a nivel federal, en manos de un único órgano con características nuevas. El sector sería financiado por diferentes recursos, originados en impuestos generales e imposiciones sobre productos y actividades nocivas para la salud. Hasta que se formara ese presupuesto propio de la salud, la Previsión Social debería destinar los recursos que ahora gasta en el INAMPS, al nuevo órgano, e ir retirándose a medida que aumentaran las nuevas fuentes.
- 4 - En el tema financiación hubo alto grado de consenso sobre algunos principios importantes que deben orientar la política de financiación sectorial. El relato parece más indicativo que conclusivo, revelando que esta discusión merece más profundización.

La Comisión relatora señala que este relato refleja fielmente el momento político materializado en la 8a. Conferencia Nacional de Salud, siendo, más que nada, el resultado coherente de ese momento y debiendo constituirse en objeto de reflexión, procurando, sobre todo, la continuidad del proceso de reformulación sectorial.

TEMA I - LA SALUD COMO DERECHO

- 1 - En su sentido más amplio, la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso a la posesión de la tierra y acceso a servicios de salud. Es así, antes que nada, el resultado de las formas de organización social de la producción, las que pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida.
- 2 - La salud no es un concepto abstracto. Se define en el contexto histórico de determinada sociedad y en un momento determinado de su desarrollo, debiendo ser conquistada por la población en su lucha cotidiana.
- 3 - El derecho a la salud significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones dig-

nas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, para todos los habitantes del territorio nacional, llevando al desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.

- 4 - Ese derecho no se materializa simplemente por su formalización en el texto constitucional. Hay simultáneamente, una necesidad del Estado de asumir explícitamente una política de salud consecuente e integrada a las demás políticas económicas y sociales, asegurando los medios que permitan efectivizarlas. Entre otras condiciones, esto será garantizado mediante el control del proceso de formulación, gestión y evaluación de las políticas sociales y económicas por parte de la población.
- 5 - De este concepto amplio de salud y de esta noción del derecho como conquista social, emerge la idea de que el pleno ejercicio del derecho a la salud implica garantizar:
 - trabajo en condiciones dignas, con amplio conocimiento y control de los trabajadores sobre el proceso y el ambiente de trabajo;
 - alimentación, para todos, según las necesidades de cada uno.
 - vivienda higiénica y digna.
 - educación e información plenas.
 - calidad adecuada del medio ambiente.
 - transporte seguro y accesible.
 - descanso, ocio y seguridad.
 - participación de la población en la organización, gestión y control de los servicios y acciones de salud.
 - derecho a la libertad, a la libre organización y expresión.
 - acceso universal e igualitario a los servicios sectoriales en todos los niveles.
- 6 - Las limitaciones y obstáculos al desarrollo y aplicación del derecho a la salud son de naturaleza estructural.
- 7 - La sociedad brasilera, extremadamente estratificada y jerarquizada, se caracteriza por la alta concentración del ingreso y de la propiedad territorial, observándose la coexistencia de formas rudimentarias de organización del proceso productivo con la más avanzada tecnología de la economía capitalista. Las desigualdades sociales y regionales existentes revelan estas condiciones estructurales que actúan como factores limitantes al pleno desarrollo de un nivel satisfactorio de salud y de una organización de servicios socialmente adecuada.
- 8 - La evolución histórica de esta sociedad desigual se produjo casi siempre en presencia de un Estado autoritario, culminando en el régimen militar, que desarrolló una política social más dirigida hacia el control de las clases dominadas, impidiendo el establecimiento de canales eficaces para las demandas sociales y la corrección de las distor-

siones generadas por el modelo económico.

- 9 - En el área de salud se verifica una acumulación histórica de vicisitudes que dieron origen a un sistema en el que predominan los intereses de los empresarios del área médico-hospitalaria. El modelo de organización del sector público es anárquico, poco eficiente y eficaz, generando descrédito ante la población.
- 10 - Este cuadro deriva básicamente de lo siguiente:
 - Los gobiernos anteriores no otorgaron prioridad al sector social, incluyendo en él a la salud, privilegiando otros sectores, como por ejemplo, energía, que contribuyó para la actual deuda externa.
 - vigencia de una política de salud implícita que se efectiviza en beneficio de intereses que en general no coinciden con los de los usuarios de los servicios, acentuadamente influenciada por la acción de grupos dedicados a la mercantilización de la salud.
 - debilidad de la organización de la sociedad civil, con escasa participación popular en el proceso de formulación y control de las políticas y de los servicios de salud.
 - modelo asistencial excluyente, discriminatorio, centralizador y corruptor.
 - falta de transparencia en la aplicación de recursos públicos, lo que contribuye a la dispersión de su uso, sin atender a las reales necesidades de la población.
 - inadecuada formación de recursos humanos, tanto a nivel técnico como en los aspectos éticos y en la conciencia social, asociada a su utilización en condiciones insatisfactorias de remuneración y de trabajo.
 - control del sector de medicamentos y equipamiento por parte de las multinacionales.
 - privilegio en la aplicación de recursos públicos para la red privada de atención médica, como también en programas de saneamiento y vivienda.
 - interferencia clientelística en lo referido a contratación de personal.
 - excesiva centralización de las decisiones y de los recursos en el nivel federal.
- 11 - El Estado tiene como responsabilidades básicas en relación con el derecho a la salud:
 - la adopción de políticas sociales y económicas que favorezcan mejores condiciones de vida, especialmente para los sectores de la población más carenciados.
 - definición, financiamiento y administración de un sistema de salud de acceso universal e igualitario.
 - operación descentralizada de servicios de salud.
 - normatización y control de las acciones de salud desarrolladas por cualquier agente público o privado de manera de garantizar patrones de calidad adecuados.

- 12 - Para asegurar el derecho a la salud a toda la población brasilera es imprescindible:
- garantizar una Asamblea Nacional Constituyente libre, soberana, democrática, popular y exclusiva.
 - asegurar a todas las personas, en la Constitución, las condiciones fundamentales de una existencia digna, protegiendo el acceso al empleo, educación, alimentación, remuneración justa y propiedad de la tierra a quienes la trabajan, así como el derecho a la organización y el derecho de huelga.
 - suspender inmediatamente el pago de los intereses de la deuda externa y someter a la decisión de la nación, vía la Asamblea Nacional Constituyente, la propuesta de no pago de la deuda externa.
 - implantar una reforma agraria que responda a las reales necesidades y aspiraciones de los trabajadores rurales y que se realice bajo su control.
 - estimular la participación de la población organizada en los núcleos decisorios, en los diferentes niveles, asegurando el control social sobre las acciones del Estado.
 - fortalecer los Estados y Municipios, a través de una amplia reforma fiscal y tributaria.
 - establecer compromisos presupuestarios a nivel de la unión, estados y municipios para el adecuado financiamiento de las acciones de salud.
- 13 - Es necesario que se intensifique la movilización popular para garantizar que la Constituyente incluya a la salud entre las cuestiones que merecerán atención prioritaria. Con este objetivo a partir de la 8a. Conferencia Nacional de Salud deberá ponerse en marcha una campaña nacional en defensa del derecho universal a la salud, contra la mercantilización de la medicina y por la mejora de los servicios públicos, para que se inscriban en la futura Constitución.
- la caracterización de la salud de cada individuo como problema de interés colectivo, como deber del Estado, a ser contemplado de manera prioritaria por parte de las políticas sociales.
 - la garantía de la extensión del derecho a la salud y del acceso igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos los niveles, a todos los habitantes del territorio nacional.
 - la garantía de la extensión del derecho a la salud y del acceso igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos los niveles, a todos los habitantes del territorio nacional.
 - la caracterización de los servicios de salud como públicos y esenciales.

TEMA II- REFORMULACION DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- 1 - La reestructuración del Sistema Nacional de Salud debe resultar en la creación de un Sistema Unico de Salud que efectivamente represente la construcción de una nueva estructura institucional separando totalmente salud de previsión, a través de una amplia Reforma Sanitaria.
- 2 - En el nivel federal, este nuevo sistema debe ser coordinado por un único Ministerio, especialmente concebido para ese fin. Con este objetivo el Poder Ejecutivo debe encaminar, a corto plazo, un mensaje al Congreso, garantizándose, mientras tanto, que la reformulación propuesta sea previa y ampliamente debatida por todos los sectores de la sociedad civil. La unidad de comando debe ser reproducida en los niveles estadual y municipal.
- 3 - El nuevo Sistema Nacional de Salud deberá regirse por los siguientes objetivos:
 - a) En lo referente a la organización de los servicios:
 - descentralización en la gestión de los servicios.
 - integralización de las acciones, superando la dicotomía preventivo-curativo.
 - unidad en la conducción de las políticas sectoriales.
 - regionalización y jerarquización de las unidades prestadoras de servicios.
 - participación de la población, a través de sus entidades representativas, en la formulación de la política, en la planificación, en la gestión, en la ejecución y en la evaluación de las acciones de salud.
 - fortalecimiento del papel del municipio.
 - introducción de prácticas alternativas de asistencia a la salud en el ámbito de los servicios de salud, posibilitando al usuario el derecho democrático de elegir la terapéutica preferida.
 - b) Atinentes a las condiciones de acceso y calidad:
 - universalización en relación a la cobertura poblacional, comenzando por las áreas carentes o totalmente sin asistencia.
 - equidad en relación al acceso de los que necesitan atención.
 - atención oportuna según las necesidades.
 - respeto a la dignidad de los usuarios por parte de los servidores y prestadores de servicios de salud, como un claro deber y compromiso con su función pública.
 - atención de calidad compatible con el estadio de desarrollo del conocimiento y con los recursos disponibles.
 - reconocimiento del derecho de acompañar a los enfermos internados, especialmente a los niños.
 - derecho a la asistencia psicológica sin la discriminación que existe actualmente.

c) Relacionadas con la política de recursos humanos:

- remuneración condigna e isonomía salarial entre las mismas categorías profesionales en los niveles federal, estadual y municipal, y establecimiento urgente e inmediato del plan de cargos y salarios.
- capacitación y reciclaje permanentes.
- admisión a través de concurso público.
- estabilidad en el empleo.
- composición multiprofesional de los equipos, considerando las necesidades de la demanda de atención de cada región y en consonancia con los criterios establecidos por los patrones mínimos de cobertura asistencial.
- compromiso de los servidores con los usuarios.
- cumplimiento de la carga horaria contractual e incentivo a la dedicación exclusiva.
- derecho a huelga y sindicalización de los profesionales de salud.
- formación de los profesionales de salud integrada al sistema de Salud, regionalizado y jerarquizado.
- inclusión en el currículum de enseñanza en salud del conocimiento de las prácticas alternativas.
- incorporación de los agentes populares de salud como personal remunerado, bajo la coordinación del nivel local del Sistema Unico de Salud, para trabajar en educación para la salud y atención primaria.

4 - El principal objetivo a alcanzar es el Sistema Unico de Salud, con expansión y fortalecimiento del sector estatal en los niveles federal, estadual y municipal, teniendo como meta una progresiva estatización del sector. Los prestadores de servicios privados pasarán a estar controlados en sus procedimientos operacionales y dirigidas sus acciones en el campo de la salud, siendo suprimidas las ganancias abusivas. El sector privado estará subordinado al papel directivo de la acción estatal en ese sector, garantizando el control de los usuarios a través de sus segmentos organizados. Con el objetivo de garantizar la prestación de servicios a la población, deberá ser considerada la posibilidad de expropiación de los establecimientos privados en los casos de inobservancia de las normas establecidas por el sector público.

5 - Las atribuciones básicas de cada nivel de Gobierno deben tener por fundamento el carácter federativo de nuestra República, de manera de romper con la centralización que vació, en las décadas recientes, el poder y las funciones propias de las unidades federadas y de sus municipios. El Sistema Unico de Salud deberá reforzar en este sentido, el poder político, administrativo y financiero de los Estados y Municipios.

6 - En el Sistema Unico de Salud, el nivel federal tendrá como atribuciones principales:

- formulación y conducción de la política nacional de salud; reglamentación de las normas de relación entre el sector público y el sector privado; formulación de normas y seguimiento y evaluación de las acciones de cobertura asistencial; conducción y ejecución de programas de emergencia que escapen a las posibilidades de intervención de las Unidades Federativas; definición de las políticas sectoriales de tecnología, saneamiento, recursos humanos, insumos básicos, financiamiento e informaciones; determinación de patrones de calidad homogéneos para los sectores público y privado.
- 7 - Permanecerán en el ámbito de competencia del nuevo órgano federal los servicios de referencia nacional y los servicios y actividades considerados estratégicos para el desarrollo del sistema de salud, tales como: órganos de investigación, de producción de inmunobiológicos, de medicamentos y de equipamientos. Las líneas de investigación desarrolladas en las áreas de salud deben ser ampliamente discutidas entre las instituciones de investigación de servicios y universidades, procurando una organización más productiva y relevante en la resolución de los problemas de salud del país.
- 8 - Todos los servicios federales de carácter local que tengan relación directa con la atención de la población, con la excepción de los mencionados anteriormente, serán transferidos con los respectivos recursos humanos, materiales y financieros a los Estados y Municipios, según planes y programas a ser elaborados conjuntamente por las instituciones participantes y las representaciones de la sociedad organizada y que consideren la viabilidad política y la factibilidad técnico financiera de la transferencia.
- 9 - En el nivel estadual, se señalan las siguientes funciones:
 - gestión, planificación, control y evaluación de la política nacional de salud en la Unidad Federativa (UF); responsabilidad por la elaboración del plan director de salud de la UF que deberá orientar la integración de las actividades del subsistema estadual de salud, incluyendo las actividades del sector privado; prestación de servicios de salud, vigilancia sanitaria y epidemiológica y otros de responsabilidad del sistema, en coordinación con los sistemas municipales; administración del sistema estadual de información de salud, compatibilización de las normas y directivas federales con el marco jurídico-legal de la UF y las peculiaridades de los sistemas de salud estaduais y regionales; responsabilidad por los servicios de competencia estadual y regional, especialmente los de carácter secundario y terciario, y por aquellos otros programas, proyectos o actividades que no puedan, por su costo, especialización o grado de complejidad, ser ejecutados por los Municipios.
- 10 - El nivel municipal tendrá su papel definido de acuerdo con las características y peculiaridades de cada caso, ejercitando ese papel en estrecha coordinación con el ni-

vel estadual. Como directiva básica, el Municipio tendrá a su cargo, como responsabilidad mínima, la administración de los servicios básicos de salud.

- 11 - Los municipios de gran tamaño tendrán a su cargo la gestión integral del Sistema Municipal de Salud. En aquéllos municipios en los que no haya condiciones inmediatas para asumir la administración del sistema municipal, ésta será realizada conjuntamente por el Municipio y la Secretaría Estadual de Salud de la Unión Federada.
- 12 - Los hospitales universitarios y de las Fuerzas Armadas deben estar integrados en un Sistema Unico de Salud, sin perjuicio de las funciones de enseñanza, investigación y prestación de servicios de los primeros.
- 13 - La relación del poder público con la red privada prestadora de servicios debe fundamentarse en el control efectivo sobre dicha red.
- 14 - La implantación inmediata de una nueva relación entre el sector público y el sector privado deberá ser implementada en los siguientes moldes:
 - para los establecimientos privados que ya se relacionan con el INAMPS, establecer un nuevo contrato-tipo regido por los principios del Derecho Público, pasando el servicio privado a ser concesionario del Servicio Público.
 - esos contratos deben ser evaluados bajo criterios de adecuación al perfil epidemiológico de la población a ser cubierta y de parámetros de desempeño y calidad.
 - no deben celebrarse nuevos contratos/acreditaciones a partir del 30 de marzo.
 - las nuevas relaciones deben posibilitar la intervención gubernamental, que puede llegar a la expropiación, siempre que se pruebe la existencia de fraude o conducta dolosa. Se trata, por consiguiente, de aplicar en el campo de la salud instrumentos de protección de la sociedad similares a aquellos ya adoptados en las relaciones del gobierno con otros sectores.
 - los incentivos concedidos a la llamada medicina de grupo deberán ser revisados.
- 15 - Para las regiones donde fuera necesario ampliar la cobertura asistencial y hubiera escasez de oferta de servicios por parte del sector público, se deberá proceder a:
 - la reasignación de los fondos públicos, tales como FAS/Caja Económica Federal y FINSOCIAL/Banco Nacional de Desarrollo Económico y Social, para la financiación exclusiva de la red del sector público estadual y municipal.
 - la suspensión inmediata de la financiación por parte de esos fondos (FAS/CEF y FINSOCIAL/BNDES), para la ampliación, reforma y construcción de establecimientos privados o para compra de equipamientos.
- 16 - La mayor participación del sector público como prestador de servicios es viable, justa y socialmente deseable. Para ello es necesario la adecuación de sus procedimientos

administrativos, de manera que pueda operar con mayor eficiencia y aumente su grado de resolubilidad, de manera de satisfacer las necesidades de la población.

- 17 - En relación al aparato sectorial productor de bienes, se propone:
 - el fortalecimiento de los laboratorios y de las industrias de equipos de salud estatales.
 - estatización de los sectores estratégicos en el área de producción de inmuno biológicos y comercialización de sangre y hemoderivados.
 - estatización de la industria farmacéutica.
- 18 - Prohibir la propaganda comercial de medicamentos y productos nocivos para la salud.
- 19 - Es necesaria la formulación de una política de desarrollo científico y tecnológico en salud, contemplando particularmente la producción de insumos, equipos, medicamentos y materiales biomédicos, según las prioridades a ser establecidas en la Política Nacional de Salud.
- 20 - En este sentido, es necesario ampliar el espacio de actuación y de inversión pública en esos sectores estratégicos, especialmente en lo referente a la investigación, desarrollo y producción de vacunas y sueros para uso humano, así como profundizar el conocimiento y utilización de las formas alternativas de atención de salud.
- 21 - Para garantizar este proceso es necesaria una amplia revisión de las formas de relación entre el sector público y las empresas nacionales e internacionales, de manera que las relaciones contractuales preserven la soberanía nacional y protejan las innovaciones generadas internamente.
- 22 - Controlar y fiscalizar rigurosamente la calidad de los insumos de uso sectorial y la comercialización de los medicamentos y alimentos, a través de una adecuada vigilancia sanitaria.
- 23 - Las Acciones Integradas de Salud deberán ser reformuladas de inmediato posibilitando el amplio y eficaz control de la sociedad organizada en sus actuales instancias de coordinación (CIS, CRIS, CLIS y/o CIMS). En ningún momento la existencia de las Acciones Integradas de Salud deberá ser utilizada como justificativo para postergar la implantación del Sistema Unico de Salud.
- 24 - Se constituirá un nuevo Consejo Nacional de Salud, compuesto por representantes de los Ministerios del área social, de los gobiernos estatales y municipales de las entidades civiles de carácter nacional, como partidos políticos, centrales sindicales y movimientos populares, cuyo papel principal será el de orientar el desarrollo y evaluar el desempeño del Sistema Unico de Salud, definiendo políticas, presupuesto y acciones.
- 25 - Se deberá también conformar Consejos de Salud en los niveles local, municipal, regio-

nal y estadual, compuestos de representantes elegidos por la comunidad (usuarios y prestadores de servicio) que permitan la participación plena de la sociedad en la planificación, ejecución y fiscalización de los programas de salud. Se deberá garantizar la elección de las direcciones de las unidades del sistema de salud por los trabajadores de esos locales y por la comunidad atendida.

- 26 - Es indispensable garantizar el acceso de la población a la información necesaria al control social de los servicios, asegurando, a partir de la constitución de un Sistema Nacional de Información la:
- mayor transparencia de las actividades desarrolladas por el sector.
 - la adopción de políticas de salud que respondan efectivamente a la complejidad del perfil socio-sanitario de la población brasilera.
- 27 - La efectivización de las propuestas de la 8a. Conferencia Nacional de Salud y la continuidad del proceso de discusión sobre la cuestión de salud deben ser aseguradas a través de la profundización de las tesis debatidas y del estudio de los Temas Específicos, como forma de dar apoyo a la Asamblea Nacional Constituyente y crear las bases para una Reforma Sanitaria Nacional. Los participantes de la 8a. Conferencia Nacional de Salud proponen, con esta finalidad, la creación de un Grupo Ejecutivo de la Reforma Sanitaria compuesto por órganos gubernamentales y por la Sociedad Civil organizada, de manera paritaria. Corresponde al Ministerio de Salud la convocatoria y constitución del referido grupo, según los criterios propuestos aquí.

TEMA III - FINANCIACION DEL SECTOR

- 1 - Deberá constituirse un presupuesto social que englobe los recursos destinados a las políticas sociales de los diversos Ministerios y a los distintos fondos sociales. Este presupuesto será repartido por sector, correspondiendo al de salud una parte de los recursos que constituirá el Fondo Unico Federal de Salud. A nivel estadual y municipal se formarán Fondos Unicos de Salud de manera análoga.
- 2 - Los Fondos de Salud, en los diferentes niveles serán administrados conjuntamente con la participación colegiada de órganos públicos y de la sociedad organizada.
- 3 - Los recursos destinados a salud serán determinados a través de la pre-fijación de un porcentual mínimo sobre los ingresos públicos.
- 4 - El financiamiento del sistema de salud será responsabilidad del Estado, al que corresponde llevar una política de descentralización, articulando la participación efectiva de los Estados y Municipios con una amplia y profunda reforma tributaria.
- 5 - Los recursos de la Previsión serán gradualmente retirados del financiamiento de las acciones de salud, debiendo ser substituídos por fuentes alternativas, permitiendo

mejorar las prestaciones pecuniarias (jubilaciones, pensiones, etc.). Los recursos financieros de la Previsión Social deben destinarse exclusivamente para financiar un seguro social justo a los trabajadores de la ciudad y el campo. De esta forma, el presupuesto de la Previsión debe ser administrado por los trabajadores y utilizado solamente para el otorgamiento de beneficios y jubilaciones igualitarias para trabajadores rurales y urbanos.

- 6 - Los recursos originados en las contribuciones obligatorias de las empresas a la Seguridad Social deben dejar de incidir sobre la foja de salarios, pasando a ser calculados los beneficios del capital. Esto implicará una mayor estabilidad de los recursos previsionales e impedirá el traspaso de la carga sobre el consumidor. Por otro lado, tal forma de cálculo de contribución a la Previsión dejará de penalizar a las empresas intensivas en mano de obra.
- 7 - El porcentaje de descuento del salario de los trabajadores deberá ser reducido, adecuándose a la nueva realidad: El descuento de los jubilados deberá ser suprimido.
- 8 - La distribución de recursos financieros no debe tener en cuenta solamente el contingente poblacional de cada región y su recaudación fiscal. Debe también considerar las condiciones de vida y de salud de la región, promoviendo así una distribución más justa de los recursos.
- 9 - La descentralización, uno de los principios propuestos para la reorganización del sistema de salud, sólo se concretará mediante una reforma tributaria que:
 - elimine la actual regresividad de las formas de financiación de la política de salud.
 - establezca fuentes estables de recursos para que los programas de atención no resulten comprometidos en las coyunturas recesivas.
 - garantice mayores recursos a los Estados y Municipios para que éstos desarrollen sus programas.
 - asegure al Gobierno Federal la capacidad de reducir las desigualdades regionales.
 - elimine las deducciones del impuesto a la renta de las personas jurídicas relativas al gasto de atención de salud y alimentación.
 - revise criterios de deducción del impuesto a la renta de las personas físicas con el pago de servicios de salud.
 - cree instrumentos de imposición de bienes de consumo nocivos a la salud como fuente adicional de ingresos para el sector.
 - grave con fuentes adicionales de imposición a las industrias polutoras y los juegos de azar.
 - elimine la excepción de tributación sobre los beneficios totales de categorías "privilegiadas" (militares, magistrado y parlamentarios).
 - destine obligatoriamente para los Fondos de Salud un porcentual fijo sobre los segu-

ros obligatorios de vehículos,

- imponga tributo a las empresas proporcionalmente al número de accidentes de trabajo, como mecanismo financiero coercitivo de estímulo a su prevención.