

Brasil y España compartiendo experiencias en materia de salud (Agosto 2010)

¿Qué puede destacarse del Seminario Internacional sobre sistemas de salud en Brasil y España: intercambio de experiencias? Celebrado en el XXVI Congreso de CONASEMS en colaboración con CEBES (Centro Brasileño de Estudios de la Salud), FISCAM (Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha), la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y la Red de Investigación y Sistemas de Servicios de Salud (RISS), este seminario puso de manifiesto que Brasil y España, a pesar de sus diferencias, también tienen desafíos comunes a la hora de superar los obstáculos a la consolidación de sus sistemas de salud .

El marco de referencia jurídico-legal del sistema de salud español (Sistema Nacional de Salud, SNS) es muy similar al Sistema Único de Salud. La Ley General de Sanidad (LGS) de España, de 25 de abril de 1986, consolida un sistema público de salud con cobertura universal, financiado con impuestos y con base en Atención Primaria de Salud (APS). La descentralización en ese país fue también una pauta importante de la reforma sanitaria, pero a diferencia de lo que ocurrió en Brasil, donde la transferencia de la gestión tuvo una fuerte presencia en los municipios, se realizó a 17 comunidades y dos ciudades autónomas. Estas esferas de gobierno tienen competencia en gestión y organización de los servicios regionales de salud y el Ministerio de Salud tiene la función de organización de la política farmacéutica, la educación de postgrado, las cuestiones de salud en relación con otros países y la regulación y la coordinación y control de las relaciones entre las Comunidades Autónomas por medio del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

En Brasil, la Constitución de 1988 garantiza el derecho a la salud universal y gratuita a través de tres ejes principales: integra la prevención y curación, está descentralizado a pesar de ser único y hace hincapié en la participación comunitaria en la toma de decisiones. La financiación es responsabilidad de las tres esferas de gobierno y prevé la planificación ascendente de las acciones de salud, organizados por planes de salud.

A pesar de que muestra aspectos positivos, con énfasis en la democratización de la toma de decisiones en salud, la descentralización tiene en España, según los ponentes, algunos problemas, como criterios de financiación y asignación de recursos no condicionados a las necesidades, la ausencia de un Plan Integrado de Salud, distintos sistemas de información, desigualdades en la legislación sobre salud, en el gasto farmacéutico y en las prioridades en salud pública; multiplicidad de órganos de gobierno, la falta de coordinación y dificultades para llegar a acuerdos sobre las responsabilidades asistenciales.

En todo caso hay que constatar que existen muchas diferencias entre las Comunidades Autónomas en España, existiendo algunas, como Castilla La

Mancha que está poniendo en marcha un ambicioso Plan de Salud y que desarrollan sistemas de participación social en la gestión de los servicios sanitarios.

Las diferencias más significativas entre ambos países se encuentran en los indicadores socio-económicos y sociales y de salud. El PIB español per cápita creció de forma continua desde 1995 hasta el año 2007, y mostró una pequeña disminución en los últimos dos años debido a la última crisis económica internacional, encontrándose actualmente en el orden de 17.000 euros(€) . El gasto per cápita en salud en 2009 fue de 1351 € (cerca de seis veces mayor que en Brasil). Los indicadores de salud son, evidentemente, mucho mejores que en Brasil y no presentan las diferencias regionales marcadas y de clases sociales que se observan en este país. La mortalidad infantil en las Comunidades Autónomas ha variado entre 2,5 a 6, con un promedio de 3,52 y la esperanza de vida es de alrededor de 78 años (hombres) y 82 años (mujeres).

En el Brasil, la insuficiencia de fondos públicos de la salud está sujeta a las contingencias, ya que no cuenta con fuentes seguras y estables de fondos. La transferencia de recursos a estados y municipios no cumple con los criterios legales, desafiando a la planificación integrada e impidiendo una gestión compartida entre las esferas de gobierno. El reglamento de la EC 29, que establece porcentajes mínimos para la Unión, los estados y municipios no se ha producido después de diez años promulgación de la ley.

La Atención Primaria de Salud (APS) en España fue uno de los temas que más interés despertaron. La reforma de la APS se inició en 1984, incluso antes de la LGS, para mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios, con un mayor número de centros de salud. Esta reforma fue acompañada por el establecimiento de la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria y la formación de un incremento de estos profesionales (500 médicos por año), que tuvo un papel estratégico en los cambios que se han producido en el sistema. Esta es otra diferencia importante con la situación brasileña. Los centros de salud aumentaron sus horas de apertura, se introdujo el trabajo en equipo, se han puesto en marcha programas integrales de atención, mecanismos de incentivos y evaluación de los servicios prestados. Estas acciones aumentaron la satisfacción de la población con los servicios de APS (superior al 70% actualmente), el aumento de la eficiencia del gasto (en España es del 57% del gasto promedio de los países europeos) y hubo una reducción significativa de las muertes prevenibles, como asma , EPOC, enfermedades cardiovasculares y coronarias.

Por otra parte, se pusieron de relieve las deficiencias de los españoles del SNS, con énfasis en el creciente número de personas que utilizan las mutualidades de funcionarios. Estas mutualidades, creadas en 1975 con el régimen especial para integrar la protección de la seguridad social, incluye a los asalariados de Justicia, Ejército, Seguridad y Enseñanza, básicamente. El acceso diferenciado (con algunos privilegios) y los costes de su mantenimiento ha sido objeto de debate desde que se constituyó el SNS. La protección a los funcionarios públicos, fuerzas armadas y el poder judicial comprenden

alrededor de 2 millones de personas, a un coste de 2 billones de euros al año. La cobertura es de alrededor de 3 millones de personas, por lo general altos funcionarios que, además de disfrutar el privilegio de acceso, son líderes de opinión y que es un factor en la propagación del descrédito del sistema público.

Muchos médicos no se adhieren a las especialidades de Medicina de Familia y Comunitaria (a menudo por la pérdida de prestigio y el bajo reconocimiento social). En resumen, consideran que la APS, a pesar del papel de liderazgo en la reforma, sigue haciendo frente a este problema, que constituye también un nodo fundamental en la escena brasileña.

Como resultado de esta evaluación, entidades como FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública) construyen e implementan una agenda política para proteger la salud pública. Estas entidades tienen un alto grado de movilización social, a menudo reunió a decenas de miles de personas en defensa de este programa, en el que los puntos se destacan:

- Construcción de un Plan Integrado de Salud, la mejora del sistema de información y sistema de adquisiciones, la incorporación tecnológica, el gasto farmacéutico y la mejora del gobierno del SNS a mejorando la eficacia del consejo interterritorial;
- Interrupción de la privatización en la salud;
- Aumento de los recursos de APS (ascendía a un 16,3% del gasto público en 1995 y se redujeron a 14,6% en 2002) y una mayor autonomía a los centros de APS;
- La inversión en tecnología de la información para mejorar la gestión clínica y el conocimiento basado en la evidencia científica en la APS;
- Adecuación del número de médicos, enfermeras y otro personal (el objetivo es de 1.500 personas por médico en la atención primaria de salud y en la actualidad alrededor del 60% de los territorios tienen una ratio mayor; Con respecto a las enfermeras en los países europeos es, en promedio 2,9 enfermeras por cada médico y España 2);
- Implementación de programas de educación continuada en las horas de trabajo;
- Creación de incentivos para la eficacia y resolución de las necesidades de salud;
- La erradicación del empleo precario en la APS;
- Promoción de la participación ciudadana en la toma de decisiones y la responsabilidad con el uso racional de los recursos de salud.

En Brasil, la APS tiene como estrategia principal de aplicar los equipos de Salud Familiar (más de 30.000 efectivos desplegados en el país), y a pesar de los avances todavía tiene problemas graves, especialmente: (1) la falta de profesionales (en número y perfil) para satisfacer las necesidades, (2) elevado número de personas para la cobertura de sus equipos - unos 3.500 - las dificultades para el acceso y la calidad de la atención, (3) a pesar de que es un objetivo, no hay una integración efectiva de los servicios de promoción y vigilancia de la salud y curativos, (4) la insuficiencia de fondos y la baja proporción en relación al gasto público total.

Lo que mas llamo la atención de los invitados en españoles es la baja financiación del sistema sanitario brasileño (alrededor del 3,5% del PIB), que señalaron viene a ser el principal desafío para la consolidación de un sistema universal con características tan avanzadas como el brasileño.

Otra cuestión que está en la agenda para el debate con mucho énfasis de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) es el tema de la privatización de la salud. El desarrollo de "nuevos modelos de gestión en España tiene, de acuerdo a los invitados españoles, como foco la introducción de la lógica de negocios privados en la salud pública. Los nuevos modelos han tenido diversos formatos tales como Empresas Públicas, Consorcios, Cooperativas y Sanitaria Pública de la Fundación. Los consorcios están formados por entidades públicas y privadas y las otras son de derecho privado.

Concretamente, en relación a las Fundaciones Sanitarias Públicas, los estudios en Galicia han comparando su funcionamiento en la gestión de los hospitales con la gestión de centros públicos tradicionales. En resumen, los resultados fueron: (1) la productividad es menor y el tiempo de espera es mayor en las fundaciones, (2) existen pruebas de selección de riesgos (rechazos) en las fundaciones, (3) el coste per cápita es menor en las fundaciones pero esto no se debe a la mayor eficiencia del modelo, y (4) la motivación para el trabajo de base es menor que en el modelo tradicional.

En Brasil, la discusión sobre los modelos de negocio esta también muy presente en la agenda actual del SUS, así como la eficiencia del modelo tradicional de gestión pública. Hay que considerar, en primer lugar, que el modelo estatista de la gestión pública en Brasil fue fuertemente influenciado por las políticas neo-liberales que han dado como resultado el desguace de muchos servicios públicos y la no consolidación de los presupuestos necesarios para satisfacer las necesidades del SUS. La descentralización aumentó la carga de los municipios en la oferta de trabajadores de la salud, sin contrapartida suficiente de recursos financieros, acompañada por retracción de fondos, principalmente de la Unión, pero también de los estados. Además continua siendo muy fuerte el corporativismo del régimen jurídico único del los trabajadores públicos, con distorsiones y privilegios que forman parte de del ejercicio de la función pública en muchas áreas de la asistencia.

La aplicación de nuevos modelos de gestión ha sido objeto de un fuerte debate y el foco de numerosas demandas judiciales. Hay que considerar que la legislación brasileña prevé la participación privada en el sistema de salud con carácter complementario y, en la práctica, esta participación ha ocurrido con frecuencia sustituyendo a la administración del estado. El privilegio de los funcionarios públicos sobre el acceso a la salud es una regla en Brasil. Hay varios planes de salud (seguros sanitarios) financiados total o parcialmente con fondos del tesoro, a menudo ilegalmente.

Hay evidencias suficientes de que los sistemas de cobertura universal orientados hacia la atención primaria, y financiados con fondos de los

contribuyentes a un nivel apropiado tienen una mayor eficiencia macroeconómica. Es decir, obtienen mejores resultados de salud con un menor gasto total. Pero se discute, si tendrían dificultades en la eficiencia microeconómica, en función de las listas de espera, de la incorporación de innovaciones o las necesidades individuales (responsiveness), que a menudo sirven como un argumento a favor de la política de privatización

Por lo tanto, aunque se complejo establecer comparaciones entre los sistemas de salud de formaciones sociales tan distintas, algunos aspectos convergentes nos permiten identificar una base común para la cooperación. Cabe señalar que las presiones de un mercado de productos y servicios altamente generador de valor plantean desafíos para conciliar la calidad con la sostenibilidad necesaria para garantizar su consolidación, como en el caso de Brasil, o su continuidad, como en el español.

Desde un punto de vista más general, algunos temas aparecen como centrales lo que puede decirse de la medicalización creciente de la sociedad, la regulación de la industria farmacéutica, la incorporación de la tecnología, los recursos humanos y la permanente creación de alianzas y movilizaciones sociales para garantizar la financiación y su legitimidad social.

Desde un punto de vista mas especifico, un conjunto de temas abren posibilidades de profundización, que puede ser de interés mutuo de ambos países, tales como:

1. Características, perspectivas y retos de la atención primaria de salud, incluida la financiación, las prácticas y necesidades, número y perfil, de los profesionales de la salud;
2. La descentralización y la regionalización de la Salud;
3. La participación del sector privado en la salud y las formas de asociación público-privada;
4. Los criterios y formas de asignación de recursos públicos de salud para los gobiernos sub-centrales (autonómicos y municipales) y para las unidades prestadoras de los servicios.
5. Gestión clínica y toma de decisiones basada en la evidencia científica.
6. Las redes de atención de salud;
7. Monitorizar el funcionamiento de los servicios

Elaborado por:
Silvio Fernandes da Silva
Eleonor Conill
Marciano Sanchez Bayle