

DOCUMENTOS DEL I SEMINARIO
OBSERVATORIO

DE POLÍTICAS
DE SALUD

**EN
IBEROAMÉRICA**





CENTRO SINDICAL DE ESTUDIOS DE COMISIONES OBRERAS

Edita

Fundación 1º de Mayo
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid
Tel. +34 91 364 06 01
1mayo@1mayo.ccoo.es

Madrid 2011

ISBN: 978-84-87527-22-7

Depósito Legal: M-

ÍNDICE:

Presentación.....	7
Elvira S. Llopis	
La descentralización en España, algunos resultados y reflexiones.....	9
Marciano Sánchez Bayle	
Financiamento e coordenação da saúde em modelos descentralizados e regionalizados: o Sistema Único de Saúde, no Brasil.....	15
Silvio Fernandes da Silva	
Mix público privado de los sistemas de salud en América Latina.....	21
Ernesto Báscolo	
La atención primaria en España, problemas y alternativas.....	27
Manuel Martín García.	
Cuidados de Saúde Primários em Portugal – o ponto da situação.....	33
Tiago Villanueva	
Características, perspectivas y retos de la atención primaria de salud: financiación y necesidades. La visión de un médico asistencial de un centro de salud urbano.	35
Francisco Buitrago	
Atención Primaria a la Salud en Brasil. Los desafíos de la Estrategia Salud de la Familia.....	47
Ligia Giovanella	
Como não fazer mais do mesmo? Notas sobre acompanhamento e a avaliação de serviços para orientar a organização do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde.....	55
Eleonor Minho Conill.	
La Private Finance Initiative (Pfi) En Los Hospitales Públicos Del Reino Unido.....	63
Francisco Reyes	
Relatoría Seminario Observatorio Iberoamericano de Políticas De Salud.....	81
Comunicado final del Seminario del Observatorio de Políticas de Salud en Iberoamérica.....	127

Presentación

Elvira S. Llopis

Vicepresidenta de la Fundación 1º de Mayo
España

En septiembre de 2000, en la ciudad de Nueva York, la Organización de Naciones Unidas celebró la Cumbre del Milenio, en la que representantes de 189 estados firmaban la Declaración del Milenio en la que se perseguía la consecución de ocho Objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, materna, el avance del VIH/sida y el sustento del medio ambiente.

Como puede constatarse 3 de los 8 objetivos (reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades) están directamente relacionados con la atención a la salud en sentido estricto, en tanto tres de ellos (la erradicación de la pobreza y consecuentemente la garantía de alimentación, el sustento del medio ambiente y consecuentemente, el acceso a agua potable y el fomento de una asociación mundial para el desarrollo que incluye proporcionar el acceso a medicamentos esenciales), están también vinculados a ella, si bien que de manera más indirecta.

Es cierto que, en general, las personas gozan de una salud mejor, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años. La economía de la salud mundial está creciendo a un ritmo mayor que el producto interno bruto (PIB), pues la proporción que representa del PIB mundial pasó de un 8% a un 8,6% entre 2000 y 2005. En cifras absolutas, y teniendo en cuenta la inflación, esto supone un crecimiento del gasto mundial en salud del 35% en un periodo de cinco años, según datos del último informe “La salud en el mundo elaborado por la OMS.

Pero no es menos cierto que la crisis financiera de 2008 no ha tardado en convertirse en una crisis social, con impactos diferentes en los diferentes países, sin duda, pero repercutiendo en el gasto público que se dedica a las prestaciones y servicios de carácter social, entre ellos, los que se derivan de las políticas sanitarias.

A ello hay que añadir las diferentes formas de gestión que optimizan o por el contrario, devalúan los recursos sanitarios.

El presente documento recoge algunas de las ponencias, la relatoría y el comunicado final del Observatorio de Políticas de Salud en Iberoamérica que se realizó en Mérida (España) el 1 de abril de 2011. Este Observatorio nace con la intención de servir como un referente de análisis y estudio de las políticas de salud en los países iberoamericanos a ambos lados del Atlántico, porque todos ellos se enfrentan a problemas muy similares relacionados con la ofensiva neoliberal de desmantelamiento de los servicios públicos y de conversión del derecho a la salud de las personas en una mercancía sujeta a los avatares del mercado.

La presente crisis económica pone de relieve que los mismos agentes que la provocaron están intentando que la salida de esta se salde con el desmantelamiento de los servicios públicos básicos.

Con este Observatorio pretendemos no sólo establecer un diagnóstico de los distintos sistemas de salud, sino también aprender de buenas prácticas en materia de política sanitaria que permitan que la equidad en salud sea cada vez más una realidad mundial.

La descentralización en España, algunos resultados y reflexiones

Marciano Sánchez Bayle.

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Presidente de la International Association of Health Policy

Resumen

Se analiza el proceso de regionalización de la asistencia sanitaria en España a partir de las transferencias, así como las diferencias en indicadores de salud entre Autonomías. De las etapas por las que ha pasado la organización sanitaria y su financiación, se destaca el moderado gasto sanitario en España comparado con los países de su nivel de desarrollo socioeconómico; la falta de planificación en función de necesidades e indicadores de salud; que la financiación sanitaria no es finalista o el elevado coste de la factura farmacéutica.

Entre las medidas a incorporar para mejorar la eficiencia del sistema sanitario se destacan la necesidad de una información homologada, de financiación finalista, disponer de una agencia de compras, promocionar los medicamentos genéricos, evaluar tecnologías y frenar privatizaciones.

Introducción

La descentralización en España se inició con la Constitución de 1978 que articula el estado en comunidades autónomas (CCAA): En la actualidad hay 17 CCAA y 2 ciudades autónomas (Ceuta y Melilla en el norte de África). Las CCAA tienen condiciones muy diferentes, algunas de las cuales se recogen en la siguiente tabla

	Máximo	Mínimo	España
Superficie (Km ²)	94.225 Castilla y León	4.992 Baleares	504.782
Densidad población Habitantes/km ²	804,52 Madrid	26,59 Extremadura	93,17
PIB per capita €/hab/año	33.314 País Vasco	16.826 Extremadura	23.053

Además existen 2 CCAA insulares: Baleares que está en el Mediterráneo y cerca de la Península Ibérica y Canarias situada en el Atlántico, cerca de África y a 1.400 km del punto más cercano de la Península.

Las diferencias entre CCAA en los temas relacionados con la salud y la asistencia sanitaria se expresan a modo de ejemplo en las siguientes diferencias entre los puntos extremos:

Salud:

- 2,6 años en esperanza de vida al nacer
- 5,7 años en esperanza de vida libre de incapacidades
- 3,6/1.000 nacidos vivos en la tasa de mortalidad infantil
- 5,9/100.000 en la tasa ajustada de mortalidad por tumor de mama
- 21,4% en el porcentaje de población que valora su estado de salud como bueno o muy bueno

Recursos sanitarios:

- 1,81 camas por 1.000 habitantes
- 4,77 TAC (tomografía axial computerizada) por millón de habitantes
- 746 personas asignadas por médico general

Lógicamente dentro de cada CCAA hay también numerosas diferencias que no están muy bien estudiadas pero que en términos generales suponen una peor salud de las personas con menores recursos económicos y nivel social.

La organización del sistema sanitario

En España se ha producido la transferencia de la Sanidad Pública a las CCAA. Las transferencias de la Seguridad Social se realizaron de una manera lenta y en algún caso antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986) que es la que regula la Sanidad en España: Cataluña 1981, Andalucía 1984, País Vasco y Valencia 1988, Galicia y Navarra 1991, Canarias 1993, las 10 restantes se finalizaron en 2001. Quedan todavía las 2 ciudades autónomas con servicios sanitarios gestionados por el Ministerio de Sanidad mediante una entidad dependiente de este (INGESA).

En la situación actual las CCAA tienen competencias plenas sobre la organización y gestión de sus servicios regionales de salud, lo que se suma a la competencia sobre legislación respecto a sanidad e higiene que tienen desde la aprobación de la Constitución española. Por el contrario el Ministerio de Sanidad tiene competencias exclusivas sobre farmacia (aprobación y decisión de financiación de los medicamentos, política farmacéutica, etc.), formación postgrado (especialización de medicina y enfermería, pero no formación continuada que está organizada por las CCAA), sanidad exterior, alta inspección y coordinación (que en la práctica está compartida con las CCAA en el Consejo Interterritorial del SNS). Los municipios en España tienen pocas competencias sanitarias que más bien se circunscriben al control de aguas, alcantarillado y condiciones higiénicas de los establecimientos, sin embargo todavía continúan existiendo instalaciones sanitarias que dependen de los ayuntamientos de Madrid y Barcelona y que no se han transferido a las respectivas comunidades autónomas.

La organización de los servicios de salud la deciden las propias CCAA mediante leyes propias (de ordenación sanitaria) que se han desarrollado en 2 modelos básicos: uno privatizador que favorece la utilización de la provisión privada y los modelos de gestión privada (Madrid, Valencia, Cataluña) y otro integrado que refuerza la provisión pública y la integración de servicios (Extremadura y Castilla La Mancha), aunque en la práctica cada autonomía tiene una ley distinta lo que ha hecho decir que en realidad en España existen 17 modelos de sistemas sanitarios.

Financiación sanitaria

En España el Sistema sanitario público es prácticamente universal (cubre a más del 99% de la población) y gratuito en el momento del uso, lo que le da una gran accesibilidad. La financiación inicialmente se realizaba por parte de la seguridad social, pero a partir de 1995 en el Pacto de Toledo se acordó separar su financiación de esta y que fuera a partir de los presupuestos generales del estado, es decir de los impuestos.

El gasto sanitario en España es modesto comparado con los países de su nivel de desarrollo socioeconómico. Así se sitúa 785,6 \$ en poder paritario de compra por debajo del gasto sanitario per cápita de los países de la OCDE en cuanto al gasto sanitario total y 753,3 \$ ppc en cuanto al gasto sanitario público. El gasto está también por debajo de la media de los países de la Unión Europea (tanto de la UE15 como de la UE27), aunque los países provenientes del antiguo bloque del este tienen un gasto sanitario menor. Durante los 10 últimos años el crecimiento del gasto sanitario ha sido menor que el del promedio de los países de la OCDE (2,7 versus 4,1%). Con todo es bastante eficiente porque los resultados en salud (esperanza de vida, etc) son bastante buenos.

El modelo de financiación tras la finalización de las transferencias sanitarias se realizó por un acuerdo con las CCAA (2001) que luego tuvo una modificación en 2009, pero que mantenía sus principios fundamentales, y se puede resumir en los siguientes aspectos:

- Modelo no finalista: las CCAA reciben una cantidad global para las competencias transferidas (sanidad, educación, agricultura, medio ambiente, etc) y las distribuyen según su criterio
- Se transfiere un porcentaje de los impuestos indirectos (IRPF: impuesto sobre la renta de las personas físicas) y de los directos (IVA, alcohol, tabaco, hidrocarburos)
- Se realiza un cálculo de asignación bastante complejo que tiene en cuenta la población de acuerdo con criterios etarios (mayores de 65 años, menores de 18, etc.), la dispersión de la población, etc.

- Aunque las CCAA tienen una serie de impuestos que pueden gestionar y decidir directamente la realidad es que la tendencia ha sido a disminuirlos (patrimonio, sucesiones, etc.) y solo en un caso se ha aumentado el llamado “céntimo sanitario” (un céntimo de aumento por litro de gasolina). A pesar del nombre no existe ninguna obligación para dedicar el ingreso a la Sanidad.
- No existe ninguna consideración a las necesidades de salud de la población ni a objetivos de salud a conseguir.

El resultado es una gran dispersión en el gasto sanitario per capita tal y como se revela en los presupuestos aprobados por las CCAA para 2010 y 2011:

CCAA	Presupuesto sanitario per capita 2010	Presupuesto sanitario per capita 2011
Andalucía	1180,09	1.121,69
Aragón	1419,37	1.364,49
Asturias	1507,15	1.495,93
Baleares	1066,37	1.003,32
Canarias	1295,36	1.135,75
Cantabria	1347,47	1.232,16
Castilla y León	1360,62	1.348,92
Castilla la Mancha	1346,52	1.283,08
Cataluña	1298,84	1.292,45
Comunidad valenciana	1122,79	1.078,95
Extremadura	1509,72	1.390,56
Galicia	1333,39	1.266,13
Madrid	1108,14	1.103,16
Murcia	1334,25	1.346,9
Navarra	1543,12	1.528,59
País Vasco	1623,08	1.563,68
La Rioja	1443,94	1.347,11
Media CCAA	1.343,95	1.288,58

Hay que destacar que la crisis económica esta teniendo un fuerte impacto en España y por eso a partir de 2009 se esta produciendo una disminución de los presupuestos sanitarios (- 1,3% en 2010 y – 4,1% en 2011).

Gasto farmacéutico

Otra cuestión importante es el gasto farmacéutico que en España es muy elevado (3 puntos en porcentaje sobre el gasto sanitario total y 145 \$ ppc per capita por encima del promedio de la OCDE) y la baja utilización de genéricos (9,36% del gasto farmacéutico) que también es muy variable según CCAA (entre el 14,81% de Andalucía y el 4,17% de Galicia). Hay una evidente contradicción entre la competencia del Ministerio de Sanidad sobre la política farmacéutica y la financiación de los medicamentos y el hecho de que son las CCAA las que pagan la factura de los medicamentos.

Principales problemas

Después de lo señalado, para hacer un balance de las transferencias habría que señalar aspectos positivos y negativos del proceso que se resumen de manera breve a continuación:

Aspectos positivos:

- Se acerca la toma de decisiones a los ciudadanos al existir una mayor cercanía que permite una mejor evaluación de los problemas y adoptar soluciones mas apropiadas a cada caso concreto.
- Se favorece la cohesión territorial, al ser el sistema sanitario un servicio básico que permite la fijación de la población y reequilibra los territorios.

- Algunas CCAA, sobre todo las que eran mas deficitarias, han avanzado de manera muy notable en la puesta en funcionamiento de sus equipamientos sanitarios (hospitales, centros de salud, tecnología, etc.).
- Como las políticas de las CCAA son diferentes evita cambios bruscos y generalizados en el sistema sanitario.

Aspectos negativos:

- Hay muchas desigualdades legislativas que hacen mas compleja la atención y el control sanitario
- Hay desigualdades en las políticas de salud pública, por poner solo un ejemplo los calendarios de vacunación de las autonomías son distintos.
- Hay distintos sistemas de información que a veces no son compatibles, por lo que obtener una información homologable del SNS es más difícil.
- Se han multiplicado los organigramas directivos con los costes que conlleva
- Hay distinta prioridad por la Sanidad, en general los gobiernos conservadores le prestan menos atención
- La política farmacéutica es muy desigual
- Hay falta de coordinación y dificultades para adoptar acuerdos en común.

Algunas alternativas para avanzar

En este contexto ¿Qué se podría hacer para mejorar el SNS? Algunas cuestiones parecen obvias y fácilmente alcanzables, otras son más complicadas sobre todo por las dificultades para alcanzar acuerdos entre las opciones políticas y los problemas derivados de la defensa de las competencias. Las principales medidas a tomar serían:

- 1) Es imprescindible una información homologada para el conjunto del SNS y garantizar su publicidad.
- 2) La financiación sanitaria debería ser finalista, en todo o en parte aprovechando la existencia de fondos de cohesión
- 3) Se necesita una Plan Integrado de Salud que establezca los objetivos de salud del conjunto del SNS y que este ligado a la financiación.
- 4) Habría que poner en marcha una agencia de compras del SNS que permita aprovecharse de las ventajas de la economía de escala.
- 5) Debe establecer un estricto control del gasto farmacéutico mediante la promoción de los genéricos, el control del marketing de los laboratorios farmacéuticos, garantizando la información independiente de los prescriptores y avanzando en la financiación por equivalentes terapéuticos.
- 6) Hay que frenar las privatizaciones del sistema sanitario público
- 7) Debe de realizarse una evaluación de las tecnologías antes de su incorporación al SNS para lo que es importante la coordinación de las agencias de evaluación existentes.
- 8) Hay que asegurar el gobierno del SNS potenciando el Consejo Interterritorial de Salud del SNS y dotándole de mecanismos para la toma de decisiones y capacidad para hacerlos cumplir.

La solución está en la voluntad política de acuerdo y en lograr un pacto sanitario que implique a todos los sectores interesados en el mantenimiento y mejora del sistema sanitario público.

- Varios autores: La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España. <http://www.fadsp.org/html/situacion%20salud.htm>
- FADSP: Los presupuestos sanitarios de las CCAA para 2011. <http://www.fadsp.org/pdf/preCCAA11.doc>
- OECD Health Data 2010. www.oecd.org
- FADSP: Los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. Informe 2010. <http://www.fadsp.org/pdf/INFORME.ccaa2010.doc>

Financiamento e coordenação da saúde em modelos descentralizados e regionalizados: o Sistema Único de Saúde, no Brasil

Silvio Fernandes da Silva. Médico, doutor em saúde pública pela USP/SP
Coordenador do núcleo de relações internacionais do CONASEMS.
Brasil

Resumo: Tendo como análise a descentralização e regionalização da saúde, o artigo ressalta as diferentes motivações para integração entre serviços dos sistemas nacionais de saúde europeus e dos Estados Unidos, e a habitual segmentação e fragmentação no cuidado dos sistemas de saúde países latino-americanos. Analisa a trajetória do Sistema Único de Saúde – SUS, no Brasil, enfocando o processo de municipalização, que resultou em rápida transferência na gestão e execução dos serviços de saúde para os municípios. Relaciona os principais avanços obtidos com o SUS, um sistema com acessibilidade universal e que teve como mérito ampliar o acesso assistencial e reduzir iniquidades, e refere-se às dificuldades observadas no contexto mais recente. Entre estas ressalta o baixo financiamento e os problemas na gestão pública da saúde, que estão trazendo como principal consequência para os municípios um esgotamento na capacidade de expansão e manutenção dos serviços descentralizados. Refere-se, por fim, à importância na pactuação de uma agenda futura que amplie o financiamento, qualifique a APS e aperfeiçoe a gestão intergovernamental e as redes regionalizadas de atenção à saúde.

Palavras-chave: Regionalização; Descentralização; Atenção primária à saúde, Sistema Único de Saúde.

I. Introdução

A preocupação com a integração entre os serviços de saúde não é recente. Em 1920, na Inglaterra, o informe Dawson (DAWSON, 1964) propunha a articulação entre os serviços de APS e os demais componentes da rede de atenção como necessária para melhorar a eficiência/qualidade do sistema de saúde. Os pressupostos contidos neste informe influenciaram as reformas que criaram os Sistemas Nacionais de Saúde na maioria dos países europeus. Isso pouco aconteceu na América Latina onde as reformas se caracterizaram por elevado grau de segmentação, resultando, na maioria dos países, em coexistência de subsistemas público, privado, de seguridade social e filantrópico.

Na década de 1990 identificam-se alguns aspectos comuns na continuidade das reformas dos sistemas europeus, com introdução de elementos de competitividade visando aumentar a eficiência e reduzir custos. Cresce o protagonismo dos GPs (*general practitioner*) na regulação do acesso do sistema de saúde. Nos Estados Unidos, com um sistema bastante competitivo e fragmentado, também se observam iniciativas de integração e regionalização em redes por transferência de risco financeiro para prestadores privados de saúde e forte controle no acesso aos serviços. A agenda de integração e redução na fragmentação no cuidado à saúde, apesar de presente em ambos continentes, europeu e norte americano, teve motivações distintas, o que, como lembra Kuschnir (2010), torna inapropriada a comparação entre os dois movimentos.

Nesta última década ganham força as agendas de integração e regionalização da saúde, motivada especialmente pela necessidade de ampliação da eficiência e racionalização de gastos. Tornam-se mais evidentes as dificuldades dos sistemas não integrados, tais como o paralelismo das ações, a baixa efetividade, os altos custos, a baixa qualidade e a reduzida satisfação dos usuários. Em 2008, a Organização Panamericana de Saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008) aponta as seguintes causas como relacionadas à fragmentação entre serviços de saúde: (i) segmentação em subsistemas; (ii) programas focalizados e oferecidos em “pacotes” de serviços; (iii) dicotomia entre atividades preventivas e curativas; (iv) debilidade na coordenação pelas autoridades sanitárias, em contexto de descentralização na gestão de serviços; (v) ênfase em casos agudos e na atenção hospitalar; e (vi) recursos escassos e mal distribuídos.

II. O processo de descentralização no SUS

O Brasil, um dos 20 países do continente latino-americano, com extensão territorial de 8,5 milhões de km² ocupa mais de um 1/3 da área do continente. Com uma população de 190.732.694 habitantes, no ano de 2010, o país divide-se em 26 estados e um distrito federal e conta com 5.564 municípios. A diversidade social e econômica presente nas regiões se reflete também nos indicadores epidemiológicos, nosológicos e de oferta de serviços de saúde. O envelhecimento da população, as desigualdades sócio-econômicas e o processo de urbanização associado aos altos índices de violência social e no trânsito, entre outros fatores, tem consolidado uma tripla carga de doenças no país: alta incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas e de causas externas, tais como homicídio e doenças do trânsito, associados à persistência elevada de doenças infecciosas.

Em 1988 passa a vigorar uma nova Constituição federal no país, e, com aprovação das leis 8080 e 8142 é criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Suas principais diretrizes são: (i) acessibilidade universal, adotando a premissa que saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado; (ii) integralidade na atenção; (iii) descentralização na gestão e execução dos serviços; (iv) participação da comunidade. A descentralização no SUS foi um processo orientado por um conjunto de normas operacionais, mostradas na Tabela 1. Essas normas, apesar de também induzirem os 26 estados e o distrito federal a assumirem responsabilidades na gestão da saúde, tiveram como principal característica municipalizar a saúde, transferindo novas responsabilidades para os 5.564 governos locais.

Entre os requisitos necessários para os municípios se habilitarem a assumir a gestão da saúde, os mais importantes foram: (i) constituir *conselhos de saúde* com participação de representantes dos usuários (50% dos participantes do conselho, obrigatoriamente), provedores de serviço, trabalhadores e gestores da saúde; (ii) ter fundos de saúde – contas bancárias – que agreguem todos os recursos financeiros da saúde municipal, tanto os do próprio município quanto os recebidos pelas outras esferas de governo. Estes fundos devem ser operados pelos gestores municipais da saúde e tem a finalidade de garantir a aplicação exclusiva em ações de saúde; (iii) demonstrar capacidade para aplicar e controlar os recursos e desenvolver as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Para isso devem contar com quadros de profissionais preparados para desempenhar as tarefas necessárias.

Tabela 1: Datas de edição e de início de implementação das NOBs, NOAS e Pacto pela Saúde.

Norma	Edição	Início da implementação
NOB SUS 01/91	Janeiro de 1991	Janeiro de 1991
NOB SUS 01/92	Fevereiro de 1991	Fevereiro de 1991
NOB SUS 01/93	Maio de 1993	Novembro de 1994
NOB SUS 01/96	Novembro de 1996	Janeiro de 1998
NOAS SUS 01/2001	Janeiro de 2001	Não implementada*
NOAS 01/2002	Fevereiro de 2002	Não implementada*
PACTO PELA SAÚDE	Fevereiro de 2006	Novembro de 2006

Fonte: análise de portarias ministeriais e publicações da CIT (retirado de Silva, 2010).

* a implementação, em sua essência, não ocorreu, apesar de algumas de suas proposições terem sido assimiladas no processo de descentralização.

Foram criadas instâncias de articulação entre os gestores públicos das três esferas de governo, denominadas Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartites (CIB). Essas comissões tem a finalidade de decidir, através de negociações nas quais se busca sempre o consenso, todos os aspectos das políticas de saúde do SUS, incluídas as diretrizes nacionais, a oferta de serviços, a alocação de recursos, entre outras. Participam da CIT os representantes do governo federal, representados pelo Ministério da Saúde, dos governos estaduais, representado pelo Conselho Nacional de Secretários (estaduais) de Saúde – CONASS, e o Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde – CONASEMS. Todos os estados da federação tem sua CIB, da qual participam os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e dos Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS.

Com a publicação da NOB SUS 01/93 a municipalização da saúde apresentou importante aceleração. Houve crescimento progressivo no número de municípios que aderiram às formas de gestão descentralizada, tal como previam esta norma e a seguinte – NOB SUS 01/96 –, alguns anos depois. Ao final de dezembro de 2000, a saúde estava municipalizada em 99%, ou em 5.451 dos 5.506, municípios brasileiros. As mudanças na forma de gestão foram acompanhadas de maior autonomia dos municípios na administração dos recursos de origem federal. No ano 2000 60% dos recursos federais destinados ao financiamento das atividades assistenciais à saúde da população eram administrados pelos gestores estaduais e municipais, especialmente por estes últimos (LEVCOVITZ *et al*, 2001).

Os municípios assumem progressivas responsabilidades na coordenação e execução da assistência à saúde da população, que ocorre em unidades públicas de saúde ou unidades privadas com contratos de prestação de serviço com os gestores públicos. As unidades sob gestão municipal passam de 22%, em 1981, para 84% do total existente, no ano 2000 e os hospitais de 1.466, em 1998, para 2.396 em 2008. Ocorre também grande expansão no número de equipes de saúde da família atuando na Atenção Primária à Saúde (APS). Essas equipes, constituídas cada uma com um médico, um enfermeiro, quatro auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, instituídas através de um programa federal no ano de 1994 e financiadas com recursos federais e municipais – em alguns estados os governos estaduais também participam do financiamento – tiveram aumento progressivo atingindo cerca de 32.000 equipes em 2010.

A ampliação na oferta de serviços públicos de saúde, importante conquista do SUS, não é uniforme em todo o país em decorrência das desigualdades na distribuição da capacidade instalada dos serviços assistenciais. Persistem lacunas assistenciais importantes que se expressam em elevada demanda reprimida em procedimentos diagnósticos e terapêuticos ambulatoriais e hospitalares e em filas e dificuldades nos atendimentos de urgência e emergência. As instâncias de gestão articulada do SUS – CIT e CIB – tem suas agendas de trabalho ocupadas por esses temas, e as dificuldades estruturais e conjunturais – que serão tratadas no próximo tópico – constituem obstáculos importantes. Importante registrar que o SUS é um sistema público com acesso universal, e, portanto, aberto à utilização de 100% da população, mas no Brasil cerca de 25% das pessoas tem planos de saúde privados financiados com recursos pessoais ou de empresas e utilizam o SUS em situações eventuais, inclusive em procedimentos de alto custo não cobertos pelos respectivos planos privados. Existem também subsídios públicos ao setor privado de saúde através de financiamento direto por empresas publicas, ou de forma indireta através de renúncia fiscal, especialmente os relacionados ao imposto de renda.

III. Dificuldades no financiamento no contexto de transferência de responsabilidades assistenciais aos municípios

O baixo financiamento público da saúde é, sem dúvida, uma das principais dificuldades para a consolidação definitiva do SUS. A Tabela 2 compara os gastos per capita em saúde no Brasil com países selecionados. Com valores inferiores a países como Uruguai, Colômbia e Argentina, e bem inferiores aos dos países desenvolvidos, o Brasil tem na ampliação do financiamento da saúde um de seus principais desafios. Estes gastos tem representado algo em torno de 3,5% do PIB brasileiro e, como afirma Perdomo (2008, apud SILVA, 2009) gasto público superior a 6% é uma das condições para consolidação de sistemas nacionais de saúde.

Tabela 2: Gasto público em saúde no Brasil comparado a outros países (estimativa), com paridade da moeda, 2006.

Países em desenvolvimento	em U\$ per capita	Países desenvolvidos	U\$ per capita
Paraguai	131	Portugal	1.494
México	327	Inglaterra	2.434
BRASIL	367	Canadá	2.585
Chile	367	França	2.833
Uruguai	430	Dinamarca	2.812
Colômbia	534	EUA	3.074
Argentina	758	Noruega	3.780

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)- Anuário: dados outros países – Estudos Gilson Carvalho; paridade da moeda de julho 2008.

Ampliar o financiamento do SUS implicaria em maior participação dos governos estaduais e, especialmente, do governo federal já que evidências tem mostrado esgotamento na capacidade de expansão de gastos dos municípios. Na Tabela 3 pode-se verificar a evolução na participação das três esferas de governo no financiamento do SUS de 1980 a 2007. Nesse período, enquanto a participação proporcional dos gastos da União diminui em 37,4% e a dos governos estaduais aumentou 44,4%, a dos municípios ampliou em 285,7%.

Tabela 3: Porcentagem de gastos de União, Estados e Municípios com relação ao gasto público nacional em anos selecionados e diferença de 1980/2007, Brasil.

Anos	União	Estados	Municípios
1980	75	18	7
1990	73	15	12
1995	64	19	17
2000	60	18,5	21,7
2005	50,6	24,5	24,9
2007	47	26	27
Diferença 1980/2007	(-) 37,4%	44,4%	285,7%

Fonte: MS-SPO – MS-SIOPS – ANS – IBGE-POF – Estudos de Gilson Carvalho.

Essa expressiva expansão relativa de gastos municipais, quando comparada aos dos estados e municípios, explica-se pelas características do processo de descentralização da saúde após a vigência do SUS. A expansão de serviços assistenciais teve como principal estratégia induzir os municípios a assumir diretamente a gestão e/ou execução da maioria das ações de saúde. Como os recursos transferidos da União, e eventualmente dos governos estaduais, para os municípios cobriam apenas parte dos custos dos novos serviços e programas a serem implantados, sua participação no total do financiamento público da saúde aumentou proporcionalmente bem mais. Um dado que ilustra essa situação se deu com os recursos humanos. Na Tabela 4 pode-se analisar a distribuição dos empregos públicos em saúde por esfera de governo de 1980 a 2005. Nesse período os postos de trabalho vinculados à União diminuíram de 113.297 para 105.686, o dos governos estaduais aumentaram de 109.573 para 345.926 e o dos municípios passaram de 43.086 para 997.137, ampliando sua participação percentual no número total de postos públicos de saúde de 16,2%, em 1980, para 68,8%, em 2005.

Tabela 4: Empregos públicos em saúde por esfera de governo. Brasil, 1980 e 2005.

Esfera de governo	1980		2005	
	Nº	%	Nº	%
Municipal	43.086	16,2	997.137	68,8
Estadual	109.573	41,2	345.926	23,9
Federal	113.297	42,6	105.686	7,3

Fonte: AMS/IBGE – 1980-2005.

IV. A agenda da regionalização da saúde no SUS – considerações finais

Promover maior integração entre os serviços localizados em regiões que compreendem vários municípios é um desafio ainda em aberto no SUS. Em 2001, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001 (BRASIL, 2001) procurou-se ampliar essa integração regional, mas os resultados efetivos foram discretos. A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, retomou essa agenda. O CONASEMS tem registrado sua compreensão de que o Pacto pode ser uma oportunidade para consolidar a municipalização e promover avanços na regionalização e integração entre os serviços de saúde desde que se incrementem instrumentos de apoio no planejamento intergovernamental, no financiamento, na gestão dos recursos, processos assistenciais e aquisição de equipamentos e insumos.

Como tem sido enfatizado por alguns autores (SANTOS e ANDRADE, 2007; SILVA, 2008; DOBASHI, BRÊTAS JÚNIOR E SILVA, 2011), basicamente a agenda atual deve centrar-se em três áreas: (i) proporcionar ao Sistema Único de Saúde – SUS os recursos necessários para atender as necessidades dos usuários, ampliando a cobertura, situando a Atenção Primária à Saúde no centro do sistema, melhorando a formação e evitando a fuga dos profissionais para outras áreas; (ii) articular e integrar as

redes de atenção à saúde; e (iii) promover uma adequada regulação pública e fortalecer a gestão intergovernamental nas regiões de saúde.

Referências bibliográficas

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 95, de 26.01.01: aprova a NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 jan 2001.
- Brasil^a. Ministério da Saúde. Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Publicada no *Diário Oficial da União* nº 39, Seção 1, de 23/02/06.
- Brasil^b. Ministério da Saúde. Portaria 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Publicada no *Diário Oficial da União* nº 64, Seção 1, de 03/04/06.
- Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, publicación científica nº 93; 1964.
- Dobashi BF, Brêtas Júnior N e Silva SF. O pacto interfederativo na Saúde e a Gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde. In: Santos NR e Amarante PDC (organizadores). *Gestão pública e relação público privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2011. p. 11-23.
- Kuschinir R. Redes de atenção: conceitos utilizados no Curso de Especialização em Gestão de Redes de Atenção/ EAD. Brasília, 2010 58 slides.
- Levcovitz E, Lima LD e Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2):269-291, 2001.
- OPS – Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington, HSS/OPS/OMS, Série La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas; 2008.
- Santos L e Andrade LOM. *SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos*. Campinas, Conasems, Idisa; 2007.
- Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP: IDISA/CONASEMS; 2008.
- Silva, SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.33, n.81, p. 38-46, jan/abr, 2009.

Mix público privado de los sistemas de salud en América Latina

Ernesto Báscolo.

Universidad Nacional de Rosario
Argentina

Resumen

Se desarrolla una caracterización de la segmentación como rasgo de los sistemas de salud en los países de América Latina y sus efectos sobre la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud. Se enfatiza los efectos adversos que el gasto privado sobre la equidad de los sistemas de salud. En segundo lugar, se introduce el concepto de gobernanza y economía política como marco analítico para reconocer los procesos de formulación e implementación de políticas de salud. Asimismo, se realiza la relación entre financiamiento y actores estratégicos. En este marco, se desarrollan las dimensiones del mix público privado de los sistemas de salud: equidad en el financiamiento, actores y mecanismos de asignación de recursos. Se aplica este marco analítico sobre el caso del sistema de salud en Argentina. Se presentan los efectos adversos que tiene la descentralización del financiamiento en el sector público sobre la equidad. Se presentan los cambios en el sistema de seguridad social y sector privado, enfatizando el rol de los proveedores y aseguradoras privadas en la determinación de reglas del juego claves en la asignación de los recursos. De esta forma, se discute finalmente las implicancias de las combinaciones del mix público privado al análisis de la economía política de la puja distributiva de los sistemas de salud en América Latina.

1. Introducción.

Los sistemas de protección social en los países desarrollados buscan otorgar la garantía de derechos sociales a la población por su carácter de ciudadanía y minimizar los efectos de los procesos de exclusión social y la concentración de la riqueza que se producen en tales economías de mercado. (Castel, 2009, p. 259). El análisis de los sistemas de la protección social en salud surge como debate central en los países de América Latina, por los altos niveles de pobreza y desigualdad en las condiciones de cobertura y accesibilidad a los servicios de salud (Levcovitz, E. y Acuña, C 2003).

En gran parte de los países de América Latina, el sistema de protección social en salud está caracterizado por la elevada segmentación de los sistemas de salud. Conviven diferentes marcos institucionales con múltiples sistemas de cobertura, compra y provisión de los servicios. Este marco de segmentación y fragmentación de los sistemas de salud contiene una configuración particular del mix público privado, con implicaciones importantes en términos de la equidad y la definición de las “reglas del juego” que se institucionalizan en los sistemas de protección social en salud en los países de América Latina (Levcovitz, E. y Acuña, C 2003).

En este capítulo, vamos a presentar en primer lugar una caracterización de la segmentación como rasgo sobresaliente de los sistemas de salud en los países de América Latina y sus efectos sobre la equidad del financiamiento de los sistemas de salud.

En segundo lugar, se introduce el concepto de gobernanza y economía política como marco analítico para reconocer la relación entre financiamiento y actores estratégicos. En este marco, se presentan diferentes dimensiones que sirven para interpretar el mix público privado de los sistemas de salud. A continuación, se toma el caso argentino, para presentar la relación del mix público privado y los procesos de definición de reglas del juego del sistema de salud. Por último, unas conclusiones buscan sintetizar las reflexiones finales.

2. La segmentación de los sistemas de salud en América Latina.

El modelo de financiamiento de varios países de América Latina está caracterizado por la segmentación del sistema de salud en diferentes sistemas de cobertura, compra y provisión de servicios de salud.

En estos países, la provisión de servicios de atención de la salud está a cargo de diversas instituciones y modalidades de financiamiento, regulación y provisión, en el que conviven un subsector público

(esencialmente financiado con impuestos generales), la seguridad social (financiada con contribuciones sobre la nómina salarial) y el privado (organizado a partir de seguros privados o pagos directo de bolsillo).

La seguridad social cubre a los trabajadores formales (y, a menudo, a sus dependientes de acuerdo con la organización de cada sistema en particular) y cuenta con su propia red de hospitales y prestadores. Finalmente, el sector privado cubre generalmente a la población de más altos ingresos y cuenta con una estructura de proveedores propios.

Por último, la única cobertura para la población sin capacidad de contribución suele correr por cuenta del Estado. Sin embargo, los problemas de acceso a los servicios públicos por parte de este segmento de la población los obliga a afrontar sus necesidades más urgentes mediante pagos de bolsillo en el sector privado.

Las condiciones de equidad están asociadas al tipo de financiamiento. Cetrángolo (2011) sintetiza estas relaciones de la siguiente manera: “Mientras más importante sea el subsistema público, mayor será la redistribución implícita en el funcionamiento del sistema de salud y más homogénea será la cobertura. Por el contrario, el mayor peso del financiamiento de bolsillo estará acompañado de una menor redistribución y una mayor inequidad. En cambio, cuanto más desarrollada esté la seguridad social en la provisión y financiamiento de la salud, en principio, mayor sería la brecha de cobertura entre los trabajadores formales y el resto de la población que sólo tenga acceso al subsector público. No obstante, esto será cierto dependiendo del grado de articulación entre la seguridad social y la provisión pública, y del nivel de financiamiento del subsector público”.

Al examinar la participación del gasto privado en el gasto total en salud se aprecia que éste es comparativamente más alto en la región (45%) que el promedio mundial (42%) y significativamente mayor que en los países de la OECD (28%). El que el gasto privado alcance cerca de la mitad del gasto total en salud, y que el de bolsillo se aproxime a un 37%, es reflejo de las debilidades de los sistemas de salud públicos y de seguridad social en la región para brindar una cobertura de salud efectiva.(Cetrángolo 2011)

3. Gobernanza, economía política y el mix público privado.

La utilización del concepto de gobernanza en los servicios de salud tiene tres variantes: i) basados sobre atributos institucionales, ii) focalizado en la regulación de los procesos de producción de servicios de salud y iii) como análisis de los procesos de cambio de las reglas del juego que definen el funcionamiento y desempeño del sistema de servicios de salud (Báscolo, 2009).

Se trabaja sobre la tercera opción a partir de una definición de gobernanza en términos de “los arreglos por los cuales el nivel de poder y autoridad es ejercido, involucrando en forma variada sistemas formales e informales, auspicios públicos y privados, mecanismos regulatorios y normativos” Esta perspectiva de gobernanza está orientada al análisis del “proceso” de cambio de los sistemas de servicios de salud, que reconoce la emergencia de nuevos modos de gobernanza y los procesos políticos que los sustentan (Báscolo 2009).

Se analizan los problemas de economía política de los procesos de formulación e implementación de las reformas de salud, los principales actores involucrados, sus intereses, valores y su influencia en la producción institucional del sistema de salud (Benson 1975, Báscolo 2010).

Se utiliza una perspectiva dialéctica entre actores e instituciones, para explicar la producción institucional de la configuración de los sistemas de salud. La producción institucional se refiere a la definición de las “reglas del juego” establecidas por las normas sociales y organizacionales (tanto formales como informales) que regulan el sistema de servicios de salud. Los actores no son sólo agentes cuyas conductas están determinadas por el marco institucional vigente, sino que pueden considerarse como protagonistas o influyentes en la institucionalización de las reglas del juego del sistema de salud. La economía política del modelo de financiamiento del sistema de salud comprende la conflictividad de intereses entre los contribuyentes, beneficiarios y proveedores de los servicios de salud (Báscolo 2009).

Con esta perspectiva se desarrolla el mix público privado a través de tres dimensiones diferentes y articuladas: el modelo de financiamiento, el mapa de actores y los mecanismos públicos y privados que definen los flujos económicos en el sistema de salud.

En primer lugar, el mix público privado es un reflejo de los diferentes esquemas de financiamiento presentes en los sistemas de salud de los países de la región. Aunque existe literatura (Cetrángolo 2011) que hace mención de las implicancias del mix público privado en la equidad del financiamiento, es necesario también destacar sus efectos sobre la economía política que se constituye en el seno de los sistemas de salud.

La segunda dimensión del mix público privado, es su representación del mapa de actores públicos y privados. El mapa de actores reflejan los intereses y valores que están presentes y en puja al interior del sistema de salud.

En tercer lugar, el mix público privado contiene la combinación de mecanismos privados o públicos en el modelo de recaudación, aseguramiento y asignación de los recursos. Mientras los mecanismos públicos (a través de impuestos, subsidios o transferencias asociadas con criterios políticos asociados al funcionamiento del sistema de protección social en salud) privilegian el carácter redistributivo de los recursos, los privados buscarán beneficiar los intereses económicos de los actores protagonistas de tales prácticas (a través de prácticas organizacionales y definición de precios diferenciales orientados a maximizar su margen de ganancia y en función de su capacidad de negociación).

4. El caso de Argentina.

Se aplica a continuación una descripción sintética del mix privado correspondiente a la dimensión de la participación del gasto público privado, el mapa de actores públicos y privados y los mecanismos prevalecientes.

En el análisis del caso de las reformas que se realizaron durante las últimas dos décadas, en el sistema de salud en Argentina se pueden ilustrar las implicancias del mix público privado en el financiamiento de los servicios de salud y la producción e institucionalización de las reglas del juego.

El sistema de salud en Argentina ha sido caracterizado por altos niveles del gasto (9,20% sobre el PBI) en relación al resto de los países de la región. En la presentación de este caso, la interpretación de la estructura del mix público privado del financiamiento buscará en primer lugar reconocer los problemas de equidad inequidad del sistema de salud. Complementariamente, se busca identificar algunos ejes del análisis de economía política y su influencia en la determinación de las reglas del juego del sistema de salud en Argentina.

En el siguiente cuadro se puede observar la composición y participación del gasto en salud.

Cuadro 1. Composición y Participación del gasto en salud en relación al P.B.I.

<i>Público</i>	<i>2.01</i>
• Nación	0.29
• Provincias	1.40
• Municipios	0.33
<i>Seguridad social</i>	<i>2.94</i>
• Obras Soc. Nac.	1.36
• INSSJP	0.81
• Obras Soc. Prov.	0.77
<i>Subtotal Público y Seg. Soc.</i>	<i>4.96</i>
<i>Privado</i>	<i>4.24</i>
<i>TOTAL</i>	<i>9.20</i>
Fuente: Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.	

El sector público, compuesto por los tres niveles (nacional, provincial y municipal), tiene un gasto del 2,01 % del P.B.I., la seguridad social integrada por las obras sociales nacionales, las obras sociales provinciales y el Instituto Nacional de Jubilaciones y Pensiones, alcanza un gasto del 2,94% del P.B.I., y el gasto privado del 4, 24% del P.B.I. Esta situación es producto de la constitución del sistema de protección social en salud en Argentina y profundizado por el proceso de reforma de la década del noventa.

Un sistema público de salud en Argentina tiene una cobertura universal, ya que se asienta sobre la provisión pública a la que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan, además, algún tipo de aseguramiento social o privado. Sin embargo, las condiciones de accesibilidad tienen grandes desigualdades territoriales, en función del desarrollo de la oferta de servicios en cada provincia y cada municipio.

La constitución federal del estado en Argentina, y un territorio nacional marcado por profundas desigualdades fiscales por parte de los Estados provinciales y municipales y en las condiciones socioeconómicas de la población hace indispensable la participación del financiamiento del Estado nacional para minimizar las asimetrías en las condiciones de acceso a los servicios públicos de salud. Sin embargo, en el cuadro anterior vemos que la participación del financiamiento público es marginal, con limitada capacidad redistributiva para minimizar las desigualdades fiscales y sociales que se producen y sostienen por el modelo de financiamiento vigente. La población usuaria de los servicios públicos de salud de las regiones con mayores niveles de pobreza y menores recursos fiscales tendrán peores condiciones sociales en relación a las regiones más ricas y dinámicas del país. A partir de la década del noventa, los cambios más significativos en la estructura del financiamiento del sector público ha sido la descentralización a los municipios. Esta situación ha profundizado la inequidad del financiamiento, con una mayor reducción de la participación del financiamiento nacional, y mayor desigualdad de las condiciones de accesibilidad de la población en condiciones de pobreza entre municipios con mejores y peores condiciones económicas (Cetrángolo 2007).

El mapa de actores que integran este escenario puede caracterizarse por múltiples agencias del Estado con una alta fragmentación. La participación del financiamiento provincial tiene una influencia importante, colocando a los ministerios de salud provinciales con responsabilidad principal en el financiamiento, gestión y provisión directa de los servicios de salud. Asimismo, el sostenido peso en el financiamiento de los municipios al desarrollo de sus propios sistemas municipales de salud explica tanto su autonomía como mayor protagonismo. Por último, el ministerio de salud de la Nación y sus diversos organismos

adolescen de escasa capacidad de rectoría e influencia como resultado de la baja incidencia en la asignación efectiva de recursos (Belmartino 2000).

La inexistencia y o limitada capacidad de los mecanismos de coordinación y compensación fiscal entre las diferentes jurisdicciones del Estado, son reflejo de la fragmentación del sistema público de salud y su escasa capacidad redistributiva.

La seguridad social tiene una participación importante en el financiamiento y gasto del sistema de salud en Argentina. Esta situación obedece a la temprana emergencia de este sistema durante el siglo pasado y un desarrollo relevante del mercado de trabajo formal y contributivo (en comparación con el promedio de los países de América Latina). Sin embargo, al interior de la seguridad social conviven diferentes esquemas de aseguramiento, cobertura e instituciones responsables (Belmartino 2000).

En el cuadro anterior se pueden destacar tres principales grupos de obras sociales: las obras sociales nacionales, el instituto nacional de jubilados y pensionados, y las obras sociales provinciales. Sin embargo, existe una gran diversidad de instituciones y actores en este sistema, ya que son más de 300 las obras sociales nacionales que dan cobertura a los trabajadores del sector privado y sus familias. Estas organizaciones son gestionadas por los sindicatos organizados por rama de actividad económica. Las obras sociales provinciales (una por cada provincia) dan cobertura a los trabajadores del Estado y sus familias. Son gestionadas por los correspondientes Estados provinciales, y sin mecanismos redistributivos entre ellas. (Báscolo 2008).

Sólo al interior de las obras sociales nacionales existen mecanismos redistributivos. Sin embargo, son absolutamente insuficientes, sin capacidad de garantizar condiciones de equidad horizontal y vertical entre los beneficiarios de cada una de las obras sociales. Más aún, el proceso de desregulación iniciado a finales de la década del noventa ha permitido que los contribuyentes de altos aportes puedan decidir el destino de tales recursos. Como resultado, se produjo una asignación de los recursos hacia el sector privado asegurador, concentrando los aportes de los beneficiarios con menor carga de enfermedad y altos ingresos. De esta forma, el sistema ha perdido capacidad redistributiva durante la última década (Báscolo 2008).

Otros de los cambios significativos que se produjeron en la seguridad social en las últimas dos décadas han sido los mecanismos de asignación de recursos hacia los proveedores. La prestación de los servicios de la seguridad social está a cargo de corporaciones privadas representativas de los profesionales y clínicas privadas. Mientras en el modelo anterior, el Estado participaba en la definición de tales aranceles y por lo tanto en la estructura de precios relativos de este mercado de servicios, en la actualidad los precios están definidos por una diversidad de modalidades contractuales definidas por actores privados que administran tales contratos (Báscolo et al 2003, Báscolo 2008).

Algunas reflexiones del análisis de caso

Dos fenómenos complementarios de este proceso son relevantes para explicar la economía política de este escenario. En primer lugar, se ha extendido un proceso de integración en ambos sentidos. Por un lado, existen diferentes modelos de integración (vertical y virtual con contratos de largo plazo) de las empresas privadas, desde proveedores hacia el ejercicio de funciones de aseguramiento. Por otro lado, aseguradores se han integrado en funciones de provisión de servicios, desarrollando redes propias de servicios (Báscolo 2008).

En segundo lugar, los vasos comunicantes entre el sector privado y la seguridad social son relevantes. Los aseguradores privados asumen como beneficiarios los contribuyentes y sus correspondientes aportes provenientes del sistema de seguridad social. Asimismo, los mismos proveedores privados, que tradicionalmente habían sido prestadores de la seguridad social, asumen también la función de aseguramiento privado. En un contexto de precios libres y no regulados por el Estado, estos actores privados pueden incidir al mismo tiempo tanto en la definición de precios relativos del mercado privado de servicios como en los precios de cobertura del aseguramiento privado.

En este escenario, la puja distributiva al interior de la seguridad social y el sector privado se dirime en función de las estrategias empresariales y su capacidad de negociación para maximizar el alcance de sus intereses.

Si bien durante el período 2002 hasta la actualidad, existe una recuperación económica que se refleja en el aumento tanto del sistema de seguridad, y como también de los presupuestos públicos, los actores y mecanismos privados han prevalecido en la definición de aquellas normas que asignan los recursos económicos, limitando la capacidad redistributiva del gasto en salud.

5. Discusión Final.

Durante estos años se evidencia un proceso de crecimiento de gran parte de los países de América Latina, lo cual significa una oportunidad importante en cuanto a mayor capacidad fiscal de los sectores públicos, mayores contribuciones en los aportes destinados a la seguridad social y mayor capacidad de pago por parte de un sector de la población para comprar seguros privados. Sin embargo, este aumento del financiamiento no supone una trayectoria de mejores condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población.

Es necesario reconocer la relevancia de un análisis de la economía política del sector salud. La identificación y análisis de los procesos decisorios involucrados en la puja distributiva que se produce al interior del sistema de salud contribuyen a entender la producción y funcionamiento de reglas del juego escritas o no escritas.

Bibliografía.

- Castel, R. (2009). *La montée des incertitudes. Travail, protections, status de l'individu*. Paris: Seuil.
- Báscolo. E. "Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina". Revista Ciência e Saúde Coletiva. Presentado 2009 y aceptado 2010.
- Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2010; 12 (Sup 1): 8-27.
- Báscolo, E.; Belmartino, S. y Bloch, C.: "Innovaciones contractuales en las obras sociales provinciales durante la década del noventa", Buenos Aires, Instituto Gino Germani, 2003.
- Benson J. The interorganizational network as a political economy. Administrative Science Quarterly 1975; 20(2): 229-49.
- Belmartino, S.: *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina. ¿Quién será el árbitro?*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.
- Cetrángolo, O (2011) "Reflexiones sobre el financiamiento de la protección social en salud en América Latina y su impacto sobre la equidad" en Amparo Hernández Bello, Carmen Rico de Sotelo Editoras. International Development Research Centre (IDRC). 2011.
- Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. <http://www.idrc.ca/openbooks/509-0/>
- Cetrángolo, O. (2007). Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización, *Serie Políticas Sociales*, 131, Santiago de Chile: CEPAL.
- Levcovitz, E. y Acuña, C.: Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud, *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, nº 5, págs. 10-32, Colombia, 2003.

La atención primaria en España, problemas y alternativas

Manuel Martín García.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Máster en Salud Pública.

Secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

España

Resumen

El modelo de Atención Primaria en España ha contribuido de manera decisiva a configurar un sistema sanitario con buenos resultados en términos de salud y eficiencia, por lo que goza de un buen nivel de aceptación por la población. La accesibilidad, longitudinalidad, continuidad, integralidad, puerta de entrada y polivalencia son sus principales valores. Sin embargo la falta de desarrollo de algunos de sus características, la escasez de recursos, la hegemonía de la cultura hospitalocéntrica y especializada, las presiones de la industria farmacéutica y tecnológica y la crisis económica, han condicionando su deterioro poniendo en peligro su papel como eje del sistema. Un nuevo proceso de reforma puede contribuir a revertir la situación. La AP debería ser la alternativa a la crisis económica en la sanidad por su capacidad de afrontar los principales problemas de salud a un coste aceptable.

Introducción

El Sistema Sanitario en España muestra unos excelentes resultados con unos indicadores sanitarios en nivel de salud y gasto sanitario de los mejores del mundo. Esto se debe en gran parte al importante que ocupa la Atención Primaria (AP) dentro del sistema sanitario. Entre los principales logros de la reforma de la AP en España está la cobertura total de la población al cubrir mediante centros de salud de base poblacional todo el territorio, el buen equipamiento de los centros de salud, unas plantillas de salud relativamente equilibradas que trabajan en equipo multidisciplinarios (médicos especializados en medicina de familia, pediatras, dentistas, enfermeras, personal auxiliar, trabajadores sociales y administrativos), con una orientación integral (promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación) gracias a la existencia de programas de salud dirigidos a enfermedades crónicas de elevada prevalencia, la consulta del niño sano, la atención de los problemas específicos de la mujer y de las personas mayores.

Características esenciales del modelo

Los elementos esenciales que caracterizan a la AP en España son la accesibilidad (por la cercanía a los pacientes y la gratuidad de los servicios en el momento de uso que elimina cualquier barrera física o económica a los servicios) la longitudinalidad de la atención desde el momento del nacimiento hasta el momento de la muerte (programa de la mujer y del niño sano, programa del adulto y del anciano), la continuidad de la asistencia con la oferta de atención en los centros de salud, el domicilio del paciente y de las urgencias; puerta de entrada del sistema sanitario que permite identificar las necesidades del paciente y el nivel donde debe ser tratado y el uso eficiente de los recursos, la integralidad del proceso asistencial (que anteriormente se comentó) y la polivalencia de sus profesionales gracias a la formación teórica y práctica reglada durante 4 años en hospitales y centros de salud.

Otra función relevante asignada por la legislación sanitaria pero desgraciadamente poco desarrollada por ahora es la función de agencia de los problemas de salud del paciente en su circulación por el sistema, que no ha alcanzado el nivel deseable por la descoordinación con el nivel especializado y la escasa colaboración del mismo en temas relevantes como puede ser el control de las listas de espera

La satisfacción ciudadana con los servicios de AP supera el 70 % y su eficiencia se demuestra en que el gasto ambulatorio per cápita en España es el 57 % de los países de la OCDE y en el descenso de la

mortalidad prematura prevenible o tratable. Además la AP cumple un importante papel redistributivo dado que las personas con menores niveles de renta y de información compensan su infraconsumo de otros servicios sanitarios con una mayor acceso a los servicios primarios.

El proceso de desarrollo de este modelo desgraciadamente no ha sido lineal ni completo(dilatado a lo largo de más de 20 años), como consecuencia de la resistencia de los hospitales a ceder poder y a la cultura sanitaria hegemónica basada en la práctica individual. , la curación, la especialización y el uso intensivo de las tecnologías

Entre los aspectos más positivos de la reforma de la AP en España cabría destacar : Acabó con la heterogeneidad de la atención, racionalizó la oferta asistencial, introdujo el trabajo en equipo, incrementó el horario asistencial (2,30 a 7 horas/día), mejoró la accesibilidad, racionalizó práctica asistencial gracias a los programas integrales, introdujo de criterios de gestión del proceso asistencial con la evaluación de resultados y la incentivación profesional, y el haber desarrollado un sistema de información integral basado en la historia clínica compartida. .

Entre los aspectos negativos estarían: La desafección de clases dirigentes, políticos, funcionarios y clases medias urbanas (los funcionarios pueden escoger la asistencia privada financiada con fondos públicos (más de 90 millones de sobre costes al año y que genera desigualdad e ineficiencias importantes), problemas de prestigio y reconocimiento social y profesional (por desconocimiento de su importante papel por la población y la hegemonía social y profesional del hospital, de las nuevas tecnologías y avances científicos) que hace que muchos pacientes acudan directamente a los especialistas del sector privado y que los nuevos médicos rechacen la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a la hora de elegir su especialización.

Otra consecuencia de esto último es que los presupuestos de la AP sean insuficientes (en torno al 14 % del gasto sanitario total como consecuencia de que entre 1999-2003 el crecimiento del gasto en AP haya sido del 35,27 % frente al 38,48 % de la hospitalaria. Esta escasez de recursos y la desafección de las clases medias y de los políticos, puede conducir a que la AP acabe siendo un nivel asistencial destinado a para atender a viejos, inmigrantes, marginados y pobres, perdiendo así su carácter redistributivo. El bajo gasto público en AP en España se compensa con un mayor porcentaje de gasto ambulatorio privado que supone el 57% frente al 32 % de media de los países europeos de la OCDE.

Las principales amenazas para la AP :

- La falta de recursos: El 56,5% de los cupos de médicos de AP están masificados, con más de 1.500 personas por medico o enfermera (las organizaciones de Atención Primaria como al Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria o de Medicina General cifras estos índices en 1.250 personas). La proporción de médicos de AP sobre el total de facultativos es del 35 % cifra un 20% inferior al de de los países de la Unión Europea mientras que la proporción del personal de enfermería que trabaja en Atención Primaria es un 20,6% del total, un 43,7 % inferior al de la UE.
- El incremento de la frecuentación y la demanda de asistencia con un incremento del número de consultas/día: La frecuentación en Medicina Familia es de 7 consultas usuario/año, en Pediatría de 6 niño/consultas y en enfermería de 5 usuario/año. Estas cifras son superiores en alrededor de un 30% a la media de los países de la Unión Europea de similar nivel de desarrollo.
- La masificación de los cupos medicos y de enfermería y el aumento de la demanda de atención: Condicionan una dedicación al paciente en consulta muy bajo de los deseable (la media de tiempo por paciente es de 5 minutos cuando lo deseable es que fuera al menos de 10 minutos) y un aumento de los tiempos de espera (que llegan a superar los 15 días en algunos servicios, cuando debía de ser inmediata),lo que está contribuyendo a deteriorar la relación médico-

paciente y reduciendo su capacidad resolutive y calidad asistencial. Frecuentación real por tipo de profesional en Medicina Familiar es de 7 consultas usuario/año, e Pediatría de 6 niño/consultas y en enfermería de 5 usuario/año.

- El envejecimiento de la población española (a la cabeza de los países del mundo): Hace previsible un incremento la demanda (los mayores de 65 años en España consumen tres veces más recursos que los menores de esa edad, las personas mayores de 70 años acaparan un tercio de las consultas y el 30% de las consultas enfermería son personas de entre 70 y 85 años.
- El retorno del hospitalo-centrismo y del uso intensivo de las tecnologías: Promovido por los grandes laboratorios farmacéuticos y la industria de la alta tecnología, que pretende mejorar su nivel de ventas, condicionando el abandono de la estrategia de promoción de salud, que es el punto fuerte y la justificación del papel central de la AP como garantía de la mejora de la eficacia y la sostenibilidad del sistema sanitario público. La AP no puede caer en la trampa del consumismo sanitario y del uso intensivo de los recursos tecnológicos, incluidos los medicamentos, para abordar los problemas de salud crónicos que hegemonizan el patrón epidemiológico en los países desarrollados,
- Problemas organizativos y funcionales: La rigidez organizativa de los equipos de AP, la elevada carga trabajo burocrático (supera el 30% del total del tiempo de los médicos), la indefinición de roles y funciones de los profesionales de los equipos, la inflexibilidad de las agendas asistenciales, la escasez de incentivos y la marginación de la actividades no asistenciales.

Para hacer frente a esta situación de deterioro progresivo de la AP se abrió un Nuevo Proceso de Reforma impulsado por la movilización de los profesionales de AP agrupados en la Plataforma por Diez Minutos de Consulta que sintonizó con la opinión pública al denunciar la escasez de tiempo de consulta (menos de diez minutos por paciente), la masificación de los cupos y la aparición de listas espera en los centros de salud. En el año 2006 se aprobó en el Congreso Interterritorial (CI) la **Estrategia Atención Primaria XXI (AP21)** que englobaba 44 lineamientos estratégicos (elaboradas y consensuadas por todas las organizaciones profesionales de AP, para desarrollar durante el periodo entre los años 2006 a 2012). En ella trabajaron sociedades científicas, representantes de comunidades autónomas, asociaciones de pacientes y el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo.

Las cinco grandes áreas de cambio mejora son: Mejorar la calidad de los servicios orientadas al ciudadano, incrementar la efectividad y la capacidad resolutive de la AP, garantizar la continuidad asistencial, participación y desarrollo profesional y mejorar de la eficiencia en la organización y gestión de los centros de salud. La aplicación y el desarrollo de la estrategia se transfirieron a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), con la colaboración negociada de las organizaciones profesionales y sindicatos. Recuperar prestigio y legitimidad social de la AP pasa por arrebatar la hegemonía al hospital dentro del sistema, asumir nuevos recursos clínicos y competencias profesionales, incrementar la oferta de prestaciones a los ciudadanos desde la AP y mejorar la calidad de la asistencia.

Los puntos claves de este proceso son: Incrementar los recursos para acabar con la masificación y escaso tiempo consulta; mejorar la capacidad resolutive mejorando el equipamiento, eliminando las restricciones de acceso a los recursos diagnósticos y a las nuevas tecnologías, racionalizar la atención mediante guías, vías clínicas, etc.; incrementar la relación con los hospitales mediante la informatización y la historia clínica compartida, reducir el trabajo burocrático mediante la informatización y el incremento del personal de apoyo, dotar de autonomía y responsabilidad a los centros y definir con claridad los de cada grupo de profesionales dentro de los equipos.

Otras amenazas para la AP en España:

- El intento de introducción del mercado y la competencia, la privatización del sistema. La competencia es incompatible con la promoción de salud, la coordinación entre niveles

asistenciales, la integración asistencial, la participación comunitaria y abre las puertas para el retorno/perpetuación del hospitalo-centrismo. Esta privatización adopta en los servicios de salud autonómicos diferentes formulas: Cesión gestión a empresas multinacionales de los Centros de Salud (Las multinacional Capiro y Apax Partners se han quedado con los Centros de Salud de Pontones y Quintana en Madrid); la integración AP en Hospitales de gestión privada (como el Caso del Hospital de Alzira en la Comunidad Autónoma de Valencia); la creación de cooperativas de médicos asociados a aseguradoras privadas (EBA) con ánimo de lucro, capacidad endeudamiento y sometimiento al ordenamiento jurídico privado y al derecho mercantil (Comunidad Autónoma de Cataluña) o la financiación y gestión nuevos centros de salud por consorcios privados (en Galicia).

- La creación Gerencias Únicas de Área, orientadas esencialmente a la gestión clínica y hegemónicas por hospitales están poniendo en peligro el papel y la función de la AP, laminada por los hospitales de estos centros de gestión, dado su menor peso político, profesional y social dentro del Sistema Sanitario. La puesta en marcha de instrumentos de gestión integrada debe contemplar la situación de la AP que no puede competir sin ayuda con los hospitales a la hora de decidir sobre la asignación y gestión de los recursos.
- La crisis económica que está siendo utilizada por los gobiernos central y autonómicos para reducir recursos sanitarios, restringir derechos a los trabajadores sanitarios (más intensa en AP que en hospitales), a pesar de que la AP tiene un funcionamiento menos costoso asociado a un uso menos intensivo y más irracional de los recursos (40% de las decisiones relacionadas con la asignación de recursos tecnológicos en los hospitales son cuestionables), la promoción y prevención es más eficiente que la mera curación y la participación comunitaria permitiría combatir el consumismo sanitario al hacer partícipe a la población de los problemas y costes.

Conclusión final

Resulta paradójico que la crisis esté poniendo en riesgo a la AP cuando la AP debería ser la alternativa a la misma.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento “Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI, 2007-2012”. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
- Ministerio de Sanidad y Consumo Instituto de Información Sanitaria - Subcomisión de Sistemas de Información del SNS Organización general de la Atención Primaria. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Sistema Nacional de Salud 2007.
- Subcomisión para el Pacto de Estado en la Sanidad. Recomendaciones finales; 27 de septiembre 2010.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Oferta de Servicios en Atención Primaria. Procedimientos diagnósticos. Procedimientos Terapéuticos. Acceso a pruebas diagnósticas. Sistema Nacional de Salud. Mayo 2010.
- Navarro V, Martín-Zurro A, Violán C (ed.). La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Proyecto de investigación. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2009
- FADSP. La fortaleza de la Atención Primaria: valores y retos Organizativos. Madrid 2007
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2010 (VII informe). Septiembre 2010.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. La sostenibilidad del Sistema Sanitario Público: 12 propuestas para garantizarla. Enero 2011.
- Palomo L (coord.). Expectativas y realidades en la Atención Primaria española. Madrid: FADSP/ CCOO: Fundación “1º de Mayo”, Ediciones GPS; 2010.

Cuidados de Saúde Primários em Portugal – o ponto da situação

Tiago Villanueva. Médico de Família. Lisboa. Portugal

Resumo

Com cerca de 10% da população sem um Médico de Família atribuído, os Cuidados de Saúde Primários em Portugal debatem-se actualmente com uma crise a nível de recursos humanos significativa, devido sobretudo à falta de adequação da oferta à respectiva procura bem como à falta de atractividade da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF). Apesar de tudo, a especialidade de MGF é hoje mais popular que nunca, e o respectivo Internato é considerado dos internatos mais bem organizados, com um programa de formação de quatro anos, e um sistema de avaliação contínua e final semelhante a qualquer especialidade hospitalar. Mesmo assim, os Jovens Médicos especialistas em MGF deparam-se com enormes obstáculos no início da carreira, nomeadamente os enormes atrasos verificados a nível dos concursos de colocação e um nível de remuneração significativamente inferior ao dos colegas hospitalares.

A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, por intermédio da criação das Unidades de Saúde Familiar propiciou a geração de autonomia organizacional e técnica e o desenvolvimento de Sistemas de Informação, e introduziu novas dinâmicas de trabalho em equipa e de formação pós-graduada.

De momento, estão em marcha uma série de medidas para melhorar a cobertura dos Cuidados de Saúde Primários incluindo o regresso de médicos reformados, a contratação de médicos estrangeiros e o “upgrade” de médicos de Clínica Geral a médicos especialistas de MGF através da realização de uma formação específica.

Crise de Recursos Humanos

Quem hoje em dia for ler a imprensa médica Portuguesa vai deparar-se com manchetes assustadoras como “Serviços à beira da ruptura” ou “Falta de médicos provoca situação dramática”, ou ainda “O Serviço Nacional de Saúde perdeu 200 Médicos de Família num ano”. A Ministra da Saúde de Portugal, Ana Jorge, referiu recentemente que, num total de cerca de 10,6 milhões de habitantes, haverá cerca de meio milhão de Portugueses sem Médico de Família, sobretudo nas áreas metropolitanas de Lisboa e Porto.¹

Mesmo algumas regiões mais pequenas do interior do país também não têm sido poupadas à falta de médicos, como recentemente aconteceu com Abrantes e Sardoal.²

O problema é complexo, e prende-se com diversas situações, a começar pela falta de adequação da oferta de recursos humanos à procura de cuidados de saúde. Esta falta de adequação, por sua vez, está relacionada com a taxa elevada de aposentação de médicos por idade e antecipada, com o número insuficiente de vagas para o internato de Medicina Geral e Familiar (apesar de terem aumentado significativamente nos últimos, constituindo actualmente cerca de 30% do número total de vagas para o internato) e com a ausência de concursos nacionais para colocação dos médicos recém-especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) bem como com os atrasos na abertura dos concursos regionais com os consequentes atrasos a nível das colocações. Por outro lado, a especialidade de Medicina Geral e Familiar continua a ter pouca atractividade quando comparada com a maioria das especialidades hospitalares, e há dificuldades em recrutar orientadores suficientes para acolher o número cada vez maior de médicos internos de MGF.

Formação pré-graduada e Internato de Medicina Geral e familiar

Apesar de tudo, a especialidade de Medicina Geral e Familiar tem mais popularidade do que nunca em Portugal, com cada vez mais internos a escolher a especialidade como primeira opção. Apesar da formação pré-graduada em Portugal ter sido até hoje dominada pelo modelo hospitalocêntrico, existem

em todas as Faculdades de Medicina do País (oito) disciplinas de Medicina Geral e Familiar nos respectivos cursos de Medicina, e o curso de Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve, que irá iniciar no próximo ano lectivo a sua terceira edição, conta com uma metodologia inovadora em Portugal, nomeadamente com um curso de quatro anos que aceita apenas graduados (pessoas que já tenham completado um curso do ensino superior) assente sobretudo na formação de âmbito comunitário em centros de saúde desde o primeiro ano, com tutores que são médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar.³

Em 2010, o internato de Medicina Geral e Familiar passou de três para quatro anos, e é considerado um dos internatos mais bem organizados, dispondo os internos em geral de muito apoio por parte dos seus orientadores.^{4, 5}

No final do internato, os internos realizam um exame final composto por três provas (curricular, prática, teórica) semelhante aos internos de qualquer outra especialidade hospitalar. Ainda assim, uma percentagem significativa de internos acaba por desistir da especialidade, sobretudo aqueles em que a MGF não era a primeira opção e que acabam por repetir o exame de escolha múltipla para acesso à especialidade, de forma a conseguir uma vaga na especialidade que ambicionavam. Também persistem mitos e ignorância em relação aos Cuidados de Saúde Primários, e os médicos de MGF continuam a ter menos prestígio e respeito perante pacientes e colegas das outras especialidades.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Os Médicos de Família Portugueses são assalariados, à semelhança de Espanha, uma situação pouco habitual na Europa, e dispunham até há pouco tempo, de uma lista fixa de pacientes, sem no entanto terem qualquer tipo de autonomia. Em 2005 foi lançada a reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, cuja face mais visível foi a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), ou seja, "pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços".^{6, 7}

Foram concebidos três modelos de USF, A, B, C, e que traduzem diferentes níveis de desenvolvimento organizacional, e que tem a ver o grau de autonomia organizacional, com a diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, o modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico. Por outro lado, e desde há poucos anos, os Centros de Saúde, incluindo as USF, têm sido "agregados" em Agrupamentos de Centros de Saúde, de forma a estabelecer uma gestão conjunta de Centros de Saúde pertencentes a uma determinada área geográfica, numa lógica que se pretende que seja de descentralização progressiva perante a gestão centralizada das Administrações Regionais de Saúde.

Neste momento, existem 283 USF em funcionamento (um total de 1993 Médicos de Família), e que cobrem cerca de 35% da população nacional.⁸

Apesar de tudo, persistem críticas relativas à contratualização de indicadores, devido à falta de evidência científica que apoie a necessidade de realizar actividades preventivas com escassa evidência de efectividade.

Tem sido notório nos últimos tempo um abrandamento da reforma dos Cuidados de Saúde Primários, em parte devido ao clima actual de austeridade económica, e que se tem traduzido pela diminuição do ritmo de abertura de Unidades de Saúde Familiar, por dificuldades de algumas USF de modelo A em passar para o modelo B (não existem actualmente USF de modelo C), e por atrasos no pagamento de incentivos institucionais e financeiros.⁹ O desenvolvimento de aplicações de informação e redes informáticas também tem estado aquém do que seria desejável, e fala-se inclusivamente em "fraca sintonia com as chefias organizacionais" (a nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Administrações Regionais de Saúde) e de "incompreensão ante o rumo a imprimir à reforma por parte dos decisores no Ministério da Saúde".⁹ Tendo em conta que Portugal se encontra a chegar ao final de um ciclo político, existem de momento muitas incertezas e indefinições quanto ao futuro desenvolvimento das reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Situação Presente e Futura

Várias medidas têm sido propostas para tentar resolver a situação de aparente falta de Médicos de Família. Uma delas passa pela contratação de médicos reformados. Todavia, há um número muito elevado de Médicos de Família (mas também de outras especialidades) que se tem vindo a reformar antecipadamente, devido à alteração das regras de aposentação, o que leva à diminuição de massa crítica experiente para a formação pós-graduada e a maiores dificuldades em assegurar a sustentabilidade dos serviços. Recentemente, em Março de 2011, estavam previstos reformarem-se 36 Médicos de Família, e embora alguns médicos reformados tenham regressado ao Serviço Nacional de Saúde, o número de médicos que se reformam tem sido superior.¹⁰

Por outro lado, parece que cerca de 300 Clínicos Gerais, ou seja, médicos que não realizaram o internato da especialidade de Medicina Geral e Familiar, poderão ter a hipótese de se submeter a um processo de “upgrade” através da realização de uma formação mais curta e de um exame que lhes permita tornar-se especialistas. Consequentemente, esta medida poderia permitir que muitos desses médicos passassem a ter uma lista de utentes, ampliando assim a cobertura populacional dos Cuidados de Saúde Primários.¹¹

A contratação de médicos estrangeiros tem sido outra medida posta em prática pelo Ministério da Saúde. Em Abril de 2011, cerca de 40 médicos Colombianos começaram a trabalhar em centros de Saúde da Região de Lisboa, e fala-se que irão ser contratados também médicos oriundos da Costa Rica e Cuba.¹² Esta medida tem sido contestada pela Ordem dos Médicos, uma vez que a entidade reguladora Portuguesa considera que existem soluções alternativas, para além de que se tratam de médicos indiferenciados, que não são especialistas em Medicina Geral e Familiar.¹³ Isto contrasta com a situação dos médicos recém-Especialistas formados em Portugal, que chegam a ter que esperar vários meses, e mesmo mais de um ano, por uma colocação permanente num centro de saúde após o internato. Além disso quando são colocados, passam a ter um horário inferior ao que tinham enquanto internos (passam de 40 para 35 horas semanais), e continuam com um salário praticamente semelhante embora com a responsabilidade acrescida resultante de passarem a assumir funções de médico especialista. Logo, seria importante haver a possibilidade dos médicos recém-especialistas terem a possibilidade de aumentar o seu horário de trabalho após o internato.

É de notar que existem discrepâncias salariais entre os médicos recém-especialistas em MGF e os médicos que terminam as outras especialidades. Até à data ainda não existe a possibilidade de estabelecer contratos individuais de trabalho como nos hospitais, pelo que os médicos de MGF com contratos de trabalho em funções públicas são remunerados de acordo com as tabelas salariais em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.¹⁴

Recentemente, a Ministra da Saúde anunciou que os jovens Médicos de Família com contratos de trabalho em funções públicas vão passar a dispor de condições remuneratórias semelhantes aos seus pares hospitalares com contratos individuais de trabalho.¹⁵

Para efeitos de um estudo realizado recentemente em Portugal intitulado “Momento Actual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, foram inquiridos várias dezenas de coordenadores de Unidades de Saúde Familiar. Apenas cerca de 52% dos inquiridos referiram estar satisfeitos com o momento actual da reforma, uma redução de 8% face a 2010, com 30% dos inquiridos a manifestar-se insatisfeito ou muito insatisfeito. Os níveis de insatisfação perante a reforma parecem contrastar com a sensação de contentamento interno, uma vez que cerca de 87% dos inquiridos referiu estar satisfeito ou muito satisfeito.¹⁶

Os mesmos inquiridos também foram questionados quanto aos temas que consideravam ser os mais importantes a incluir na agenda negocial com o Ministério da Saúde, destacando-se os Sistemas de Informação como o mais importante. Outros temas também considerados relevantes foram as remunerações relativas a actividades específicas, a contratualização, o relacionamento com os directores executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde, a mobilidade dos profissionais e os incentivos financeiros.¹⁶

Referências:

- Meio milhão sem Médico de Família: <http://aeiou.expresso.pt/meio-milhao-sem-medico-de-familia=f628157> (acedido a 5 de Março de 2011).
- Falta de médicos provoca situação dramática em Abrantes e Sardoal: http://www.jn.pt/PaginalInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=1795011 (acedido a 5 de Março de 2011).
- O curso de Medicina da Universidade do Algarve: <http://pt.scribd.com/doc/13217205/2009-Artigo-Prof-Jose-Ponte-Curso-Medicina-UALG> (acedido a 26 de Abril de 2011)
- Portugal – overview of GP training: <http://gptraining.eu/?p=29> (acedido a 5 de Março de 2011)
- Villanueva, T. Family Medicine, the specialty of the future: the Portuguese situation within the European context. Int Arch Med. 2009 Nov 11;2(1):36.
- Modelos organizacionais: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=45&area=0> (acedido a 5 de Março de 2011)
- Pisco, L. A journey through Family Medicine in Europe JMF N° 151SE, 2008.
- Em actividade: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=32> (acedido a 5 de Março de 2011)
- A reforma dos CSP estagnou! http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1354&Itemid=27 (acedido a 5 de Março de 2011)
- 10 – Mais 70 médicos abandonarão o SNS em Março: http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=11161 (acedido a 5 de Março de 2011).
- Médicos sem especialidade fazem formação para Centro de Saúde: (acedido a 2 <http://www.tribunamedicapress.pt/rss/40057-medicos-sem-especialidade-fazem-formacao-para-centros-de-saude> 6 de Abril de 2011)
- Depois dos Colombianos, Centros de Saúde vão receber médicos da Costa Rica e Cuba: http://publico.pt/Sociedade/depois-dos-colombianos-centros-de-saude-vao-receber-medicos-da-costa-rica-e-cuba_1490612 (acedido a 26 de Abril de 2011)
- José Manuel Silva: <http://www.cnoticias.net/?p=11655> (Acedido a 26 de Abril de 2011)
- Tabela salarial 2010: <http://www.simedicos.pt/Pages/Tabela-salarial-2010.aspx> (acedida a 26 de Abril de 2011)
- Médicos: Ministério prepara legislação temporária - <http://www.rcmpharma.com/news/12144/51/Medicos-ministerio-prepara-legislacao-temporaria.html> (acedido a 5 de Março de 2011)
- O momento actual da reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: <http://www.usf-an.pt/noticia.aspx?ID=228%20215%20231%2094%2081%20162%20158%2029%20213%2079%2039%20132%2099%208%20100%20225> (acedido a 1 de Maio de 2011)

**Características, perspectivas y retos de la atención primaria de salud: financiación y necesidades.
La visión de un médico asistencial de un centro de salud urbano.**

Francisco Buitrago.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Doctor en Medicina.

Profesor Asociado en Ciencias de la Salud. Centro de Salud Universitario "La Paz". Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Servicio Extremeño de Salud.

España.

RESUMEN

La reforma del modelo sanitario español y en particular de la Atención Primaria de Salud (APS) ha reportado claros beneficios como la mejora de las infraestructuras sanitarias y la accesibilidad, el aumento de la satisfacción de los ciudadanos, la mejora en la prescripción farmacéutica o los cambios en los patrones de morbilidad. Y ello a pesar de una inversión por debajo de la que correspondería al nivel socioeconómico de nuestro país.

Sin embargo, el desarrollo de la APS se ha estancado en los últimos años en los que no ha recibido ni la financiación suficiente, ni los apoyos políticos, ni los cambios organizativos ni las competencias clínicas necesarias para hacer frente a cambios como el envejecimiento de la población, el incremento de las demandas, la burocracia o la medicalización de la sociedad. Las consecuencias de esta falta de compromiso se manifiestan en la frustración que expresan los profesionales sanitarios, fundamentalmente los médicos, con pérdida de gran parte de los contenidos y funciones que inicialmente se asignaron a la APS.

También están identificadas las causas que obstaculizan su desarrollo, tanto las que tienen su origen en la clase política como las que afectan al ámbito de los ciudadanos y la administración sanitaria. Conviene considerar la situación actual como una oportunidad para solucionar errores y profundizar en los principios básicos de la APS: accesibilidad, longitudinalidad, papel de puerta de entrada en el sistema, cobertura universal en base a necesidades, la equidad en materia de salud, la participación comunitaria y el enfoque multisectorial.

INTRODUCCIÓN

El modelo sanitario español desarrollado a partir de la Ley General de Sanidad de 1986 tiene como pilares básicos la universalización de los servicios, la distribución equitativa, la solidaridad, la financiación pública, la integración de los recursos, la consideración de la atención primaria como su puerta de entrada, la potenciación de las políticas de prevención y promoción junto a las asistenciales y la extensión del proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas del Estado (tabla 1 y figura 1).

Tabla 1. Características del Sistema Nacional de Salud español

- Accesibilidad universal y cobertura pública a toda la población
- Financiación pública (fundamentalmente de los Presupuestos generales del Estado)
- Gestión y provisión hegemonícamente públicas
- Acceso a la asistencia a nivel de la Atención Primaria de Salud
- Descentralización política y de gestión en las Comunidades Autónomas
- Organización territorial en Áreas de salud y Zonas básicas de salud

Figura 1. Comunidades Autónomas de España



Se trata de un sistema de salud descentralizado que ha sido considerado como uno de los más eficientes de Europa, con resultados en salud similares o superiores a los de los países más desarrollados y a la

media de los países miembros de la Unión Europea (UE)¹. Por ejemplo, en 2005 la esperanza de vida en España se situaba en los 80,44 años frente a los 79,94 años de la media europea, con tasas de mortalidad materna de 3,86 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos frente a las 5,29 mujeres en los países de la UE; y con menores tasas de mortalidad estandarizadas por edad en patologías como cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular o cáncer¹.

Estos resultados se logran a pesar de que España presenta uno de los menores gastos per cápita en sanidad y uno de los mayores índices de frecuentación de servicios sanitarios, con cerca de 10 consultas ambulatorias por persona/año¹. El modelo sanitario español, y en particular la Atención Primaria (APS) sobre la que teóricamente se vertebra, también han sido objeto de análisis por profesionales de reconocido prestigio de este ámbito asistencial, profesionales que han manifestado tanto las luces como las sombras del proceso de reforma sanitaria iniciado en 1986^{2,3,4,5,6}. Los beneficios (tabla 2) en países con sistemas sanitarios que disponen de una APS fuerte también han sido observados en análisis internacionales, análisis que revelan que estos países tienen menores costes sociales y generalmente una población más sana, demostrándose incluso que dentro de ellos las áreas con mayor disponibilidad de médicos de atención primaria, pero sin especialistas, tienen poblaciones más sanas, reduciéndose los efectos adversos de las desigualdades sociales^{7, 8}.

Tabla 2. Resultados observados en países que disponen de una Atención Primaria de Salud potente

- Mejores indicadores de salud
- Mayor satisfacción de la población
- Menores costes de los servicios sanitarios
- Menor uso de medicamentos
- Mayor equidad en salud

Las razones por las que la APS mejora la efectividad de los servicios sanitarios incluyen, entre otras, la mayor accesibilidad, la mejor calidad de la atención clínica y de las actividades preventivas y el tratamiento precoz de muchos problemas evitando hospitalizaciones⁸. En España también se han descrito resultados positivos asociados con la reforma de la APS (tabla 3).

Tabla 3. Algunos resultados asociados con la reforma de la Atención Primaria en España

- Mejora de las infraestructuras sanitarias
- Ampliación de los horarios de atención sanitaria
- Aumento de satisfacción de los ciudadanos
- Mejoras en la prescripción farmacéutica (cualitativas y económicas)
- Mejoras en la calidad de los centros sanitarios (accesibilidad, continuidad de la atención)
- Mejoras en las tasas de mortalidad

La vigencia de los principios básicos de la APS ha sido destacada por la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la salud en el mundo en 2008. En el documento *“La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”* se incide en la necesidad de sistemas sanitarios vertebrados sobre un APS fuerte como modo de afrontar las inequidades e ineficiencias de la atención de salud. La diferencia entre la esperanza de vida en los ciudadanos de los países más ricos y los más pobres superan los 40 años y el gasto per cápita en salud oscila entre los 20 y los 6000 dólares por persona y año. La OMS incide en que la APS precisa de reformas que permitan reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos. Los cambios socio-demográficos y epidemiológicos en las poblaciones actuales, la tendencia a la dependencia y utilización creciente de los servicios sanitarios (medicalización de la vida cotidiana) y el crecimiento del gasto sanitario por encima del porcentaje de aumento del producto interior bruto son razones añadidas para profundizar en las reformas. En nuestro país la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud⁹ contempla las funciones atribuidas a la APS recogidas en la tabla 4.

Tabla 4. Funciones de la atención primaria de salud contempladas en la ley española de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ley 16/2003)

- Asistencia sanitaria (demanda, programada y urgente) tanto en la consulta como en el domicilio del paciente
- Indicación, prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria
- Actividades de información y vigilancia en protección de la salud
- Rehabilitación básica
- Atenciones y servicios específicos en relación a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos
- La atención paliativa a enfermos terminales
- La atención a la salud mental en coordinación con los servicios especializados
- La atención a la salud bucodental

Esas funciones han de ser desarrolladas, en gran parte, por el denominado equipo de APS, definido como el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que tienen su ámbito de actuación en la zona básica de salud, su ubicación preferente en el centro de salud y que comparten una metodología de trabajo para la consecución del objetivo común de mejorar el nivel de salud de la población que tienen asignada. El núcleo básico del equipo de APS lo integran aquellos profesionales (médicos, enfermeros, los trabajadores sociales y personal de recepción-admisión) necesarios para el desarrollo de las funciones esenciales en los terrenos asistencial, preventivo y de promoción de la salud. El resto de trabajadores (sanitarios y no sanitarios), actúan como elementos de apoyo.

Pero la APS que hemos visto desarrollarse en las últimas décadas, quienes llevamos años trabajando como médicos asistenciales atendiendo pacientes, dista de haber cumplido con las expectativas profesionales, y no solamente éstas, que gran parte del colectivo sanitario, sobre todo los médicos de familia de más edad, habían depositado en ella. Los motivos del desencanto que cualquier observador perspicaz detecta entre los profesionales sanitarios, y fundamentalmente entre los médicos, sin duda son múltiples y derivados de la incongruencia entre lo que se promete o legisla sobre APS y el día a día de lo que realmente se hace por ella. La APS no ha recibido ni la financiación suficiente, ni los apoyos políticos, ni los cambios organizativos ni las competencias clínicas necesarias para hacer frente a cambios como el envejecimiento de la población, el incremento de las demandas, la burocracia o la medicalización y como consecuencia se ha producido frustración profesional⁴.

Los problemas actuales que obstaculizan la mejora de la APS tienen que ver con situaciones que afectan a los propios profesionales, a la administración sanitaria, a la clase política y a los ciudadanos.

Profesionales

En el ámbito profesional es notoria una *cultura de la queja* que enfatiza los problemas y minimiza las soluciones y que se ha instaurado plenamente en muchos de los trabajadores y equipos de atención primaria. Una cultura de la queja que exime de toda responsabilidad y desanima la acción pues siempre hay alguien externo (generalmente los gestores, los políticos sanitarios o la propia población con sus demandas sin fin) que es culpable de la mala práctica³.

Falta de reconocimiento social y baja autoestima profesional. La APS está bien valorada por los ciudadanos, con elevados niveles de satisfacción que suelen superar el 70% de las personas satisfechas con la atención recibida. Sin embargo los médicos se sienten poco valorados, sobre todo entre sus compañeros del ámbito especializado. La opción de formación en plazas de medicina familiar y comunitaria, el perfil profesional más idóneo para la APS, sigue ocupando lugares muy bajos en las pruebas selectivas y no son pocos quienes cambian de especialidad durante o al final de su formación en medicina familiar.

Deterioro en el compromiso profesional. Esta realidad se expresa en diferentes formas, con diferentes grados de intensidad en cada una de ellas. A modo de ejemplo cabe señalar las siguientes:

- *Cumplimiento de los horarios (los últimos serán los primeros).* En muchos equipos se establecen turnos de llegada y salida para que quede garantizada siempre la presencia de algún miembro (médico/enfermero) durante el horario de funcionamiento del centro. La realidad, en ocasiones, es que se favorece el incumplimiento y la laxitud de la jornada laboral. De esta manera los últimos en llegar suelen ser los primeros en marcharse.
- *Participación en la formación.* El compromiso por la formación continuada de médicos y enfermeros se deteriora. Justificaciones diversas (falta de tiempo en la jornada de trabajo para preparar estas actividades, exigencias de que sea la Administración quien las garantice, feminización de las profesiones sanitarias, excesiva demanda asistencial sin tiempo para reunirse,...) acaban favoreciendo el traspaso de la formación a la industria farmacéutica (con sus visitantes diarios) y a los especialistas traídos por ella, que actúan como visitantes médicos ilustrados ante la pasividad de la Administración sanitaria. Las sesiones clínicas, de coordinación o de formación impartidas por el ámbito especializado/hospitalario son excepcionales y cuando

se imparten responden más a intereses puntuales (necesidad de cumplir contratos de gestión o lograr objetivos) que a un interés genuino en ellas.

- *La visita domiciliaria como mal a evitar (vade retro Satanás).* La importancia de la visita domiciliaria se rechaza y algo consustancial al médico¹⁰ y a la enfermera de atención primaria se ve más como problema que como oportunidad. Se favorecen así comportamientos de repartir los “avisos” domiciliarios o turnarse en su realización, intentando reducirlos a su mínima expresión o a su desaparición. En los enfermeros, cuyo rol profesional enfatiza los cuidados, la situación es aún más dramática. Incluso en los pacientes terminales se asume como ideal la asunción de la responsabilidad de su atención por las unidades de paliativos, por lo que en un círculo vicioso se pierden competencias y la credibilidad que otorga la población.
- *Inflexibilidad en las agendas y barreras para la accesibilidad que favorecen la aparición de listas de espera y que la APS se convierta en la puerta de salida del sistema sanitario.* No es raro que existan agendas con varios días de espera para visitar al médico o a la enfermera y que incluso medidas que teóricamente favorecen la atención (tarjeta sanitaria) se erijan en sutiles barreras para la accesibilidad (nadie puede acudir sin tarjeta bajo la excusa de que es imprescindible su presentación). Las barreras de accesibilidad favorecen que la APS se convierta en puerta de salida, con los médicos de familia actuando como amanuenses al servicio de los especialistas que anclan indefinidamente a los pacientes mientras puedan desplazarse a sus consultas, prescribiendo medicamentos, bajas o procedimientos cuya rutina se añade a la burocracia diaria del médico⁶. Los especialistas eluden su función de consultores y raramente dan de alta a los pacientes, con derivaciones cruzadas entre ellos que anula la función tutelar del médico de cabecera. El paciente puede tener un médico de cabecera, pero si acude a un especialista es posible que también tenga ya siempre un psiquiatra de cabecera, un cardiólogo de cabecera, un neurólogo de cabecera o cualquier otro especialista de cabecera.
- *Sesgo hacia la actividad asistencial.* Se olvidan otros componentes de la APS. La excesiva demanda, la burocracia o el envejecimiento de la población sirven de excusas cuando debieran ser razones para ampliar el abanico de oferta de contenidos. Actividades como la investigación son anecdóticas, sin continuidad y se desarrollan de forma voluntariosa, lo que minimiza su calidad.

Carrera profesional, estímulos y políticas de empresa (café con leche para todos). La carrera profesional y la política de empresa se promueven como basada en el tiempo trabajado, el compromiso con la institución, la participación en labores docentes o en tareas de investigación. Lo habitual, sin embargo, es que los niveles de la carrera profesional se alcancen en función exclusiva del tiempo de trabajo (trienios) y no sean revocables, de manera que una vez logrados persistan hasta la jubilación.

Atomización de la gestión (hay más jefes que indios). La descentralización del sistema sanitario, con sus innegables beneficios, ha traído, entre otras perversiones, proliferación de cargos de dirección intermedios, estamentos carentes de las necesarias funciones y con nombramientos que priman la fidelidad en lugar de la competencia. Lo que conlleva una falta de liderazgo que se manifiesta en la ausencia de planificación estratégica, porque ni siquiera se utiliza la información asistencial que generan los centros para tomar medidas⁴.

Historia clínica electrónica poco funcional. La informatización de la historia clínica ha sido la novedad tecnológica más importante y puede suponer un ahorro en exploraciones redundantes y un auxilio en la toma de decisiones⁵. Sin embargo conlleva la pérdida de importante información acumulada a lo largo de los años de atención de los pacientes, además de los problemas de compatibilidad entre los diferentes aplicativos informáticos de las Comunidades Autónomas. La historia debiera ganar en seguridad clínica y ergonomía cognitiva (entendida como la presentación amigable y jerarquizada según la importancia de los datos clínicos)⁵. El vaciado del papel al ordenador son problemas acumulados a las tareas habituales de los profesionales.

Desconfianza de la Administración en la competencia clínica de los médicos de atención primaria (obras son amores). La Administración puede ensalzar y alabar la formación clínica de los médicos de familia,

pero la realidad es que existen comportamientos que desmienten esas actitudes. Por ejemplo, la limitación en la petición de pruebas diagnósticas o las políticas de visado de ciertos medicamentos. La consecuencia es la paradoja de un gasto excesivo con medidas que pretendían evitarlo. Por ejemplo, no se permite la solicitud de densitometría (coste inferior a 30 euros) al médico general, presumiblemente por dudas sobre su capacidad de interpretación. La consecuencia es la petición sistemática por parte de ginecólogos y traumatólogos y la prescripción subsiguiente, y generalmente sin fundamento, de difosfonatos durante tiempo indefinido o de “por vida”.

Distribución asimétrica de cargas laborales en detrimento del médico, con una indefinición en las funciones de otros roles profesionales. La formación superior del médico le capacita para realizar las tareas propias asistenciales, de promoción, investigación o docencia, pero también para otras muchas que habitualmente tienen encomendados otros roles profesionales (auxiliares, trabajadores sociales, enfermeros, técnicos de salud pública). La informatización, por ejemplo, añade carga burocrática al médico en beneficio del paciente, evitando colas innecesarias (el médico puede citar directamente al paciente para una nueva revisión, para una consulta especializada o para la renovación de la receta electrónica sin pasar por los servicios administrativos). La asunción de estas tareas supone descarga en beneficio del paciente y de los auxiliares administrativos, por ejemplo. Pero ello no redundará en la creación de nuevas plazas de médico con asignación de menor número de pacientes.

Presencia testimonial de la medicina de familia en la Universidad. Los estudiantes no suelen conocer los contenidos de esta disciplina salvo por su rotación en los centros de salud al final de la licenciatura. No ocurre así con el resto de especialidades y la falta de referentes vocacionales durante el pregrado influye en las opciones de elección de especialidad al finalizar sus estudios¹¹.

Ciudadanos

A los usuarios de la sanidad pública y a los ciudadanos en general se les tiende a culpabilizar, interesadamente desde distintos sectores, del deterioro del sistema sanitario, de la frustración que viven muchos de sus profesionales y del incremento del gasto sanitario. Se recurre para ello al *incremento de la demanda asistencial*, a la *medicalización de la vida diaria* o al *envejecimiento poblacional*. Este último es un proceso demográfico demasiado lento y gradual como para explicar las elevadas tasas de crecimiento del gasto sanitario registradas en los últimos años en los países de nuestro entorno. Y en los dos primeros componentes el papel de la población es escaso y más bien de víctima que de responsable.

De hecho, desde diferentes instancias (políticos, gestores sanitarios, medios de comunicación, universidad,...) se sigue equiparando la calidad con la alta tecnología, los hospitales, centros de alta resolución y los especialistas, animando a la población a un consumo sanitario que, unido a un umbral cada día menor de tolerancia ante cualquier mínimo malestar, conduce a la frecuentación excesiva con el sistema sanitario. Casi iguales argumentos podrían darse para explicar el fracaso de la *vertiente comunitaria de la APS* en nuestro país. Bien es cierto que se puso un énfasis excesivo en los *consejos de salud* como mecanismo de participación. Pero ni los consejos ni otras formas de participación han sido promocionadas desde el ámbito político.

Argumentos como la falta de vertebración de la sociedad española o la falta de tradición participativa en una sociedad anclada durante años en una dictadura suenan a excusas tras más de treinta años de democracia.

Administración/Gestión sanitaria

Las estructuras de Administración y Gestión sanitaria suelen carecer del liderazgo suficiente para desarrollar mecanismos de planificación estratégica. Un compromiso real con la APS debiera facilitar la renovación de los perfiles profesionales de sus trabajadores, las políticas de personal adecuadas, los compromisos reales de inversión en recursos e innovación organizativos y el fomento de la motivación de los profesionales.

Política sanitaria

En general la clase política no se compromete con la APS. Los presupuestos asignados y no las palabras son la prueba de su compromiso. Incluso se mantienen los privilegios de quienes administran el sistema sanitario (los funcionarios), que escapan en más del 90% del sistema público a través de mutualidades⁶. Lo lógico sería que los políticos defendiesen los principios básicos de la APS: accesibilidad, longitudinalidad, papel de puerta de entrada en el sistema, cobertura universal en base a necesidades, la equidad en materia de salud, la participación comunitaria y el enfoque multisectorial. Los mandamientos que los políticos tendrían que cumplir, si realmente se quiere una sistema sanitario con una APS potente, se recogen en la tabla 5.

Tabla 5. Decálogo para políticos que deseen una APS potente

- Potenciar la longitudinalidad, con médicos polivalentes capaces de atender comorbilidad
- No convertir la APS en la puerta de salida del sistema sanitario
- No convertir a los médicos de familia/generales en “mediatras” que atienden a los pacientes en sus edades medias
- Aceptar la función de los especialistas como consultores de los médicos de familia/generales
- Mantener la coherencia en el discurso de potenciación de la APS con la asignación de los recursos necesarios
- Fomentar la mayor integración entre niveles asistenciales y entre Comunidades Autónomas en la gestión y coordinación de los recursos
- Facilitar la integración de los servicios sociosanitarios asignando un papel suficiente a la APS
- Profesionalizar los agentes de salud pública
- Promover la participación ciudadana
- Eliminar el doble aseguramiento de los funcionarios

BIBLIOGRAFÍA

- Martín-Moreno JM, Alonso P, Clavería A, Gorgpjp L, Peiró S. Spain: a decentralised health system in constant flux. *BMJ* 2009; 338:b1170
- Palomo L. La investigación y la evolución reciente de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria* 2002; 16:182-187
- Gérvas J. Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma-Ata. *SEMERGEN* 2004; 30:245-257.
- Palomo L. Crisis i hegemonía de la atención primaria. *Jornadas XXV Aniversario OP-OSALDE*. Bilbao, Mayo, 2008
- Borrel Carrió F, Gené Badía J. La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2008; 10:3-7.
- Gérvas J, Pérez-Fernández M. La necesaria Atención Primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2008; 10:8-12.
- Starfield B, Sevilla F, Aube D, et al. Primary health care and responsibilities of public Ambulatory specialist use by non-hospitalized patients in US health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage* 2009; 32:216-25
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado* nº 128, de 29 de mayo de 2003.
- Buitrago F, Mendoza R. La visita domiciliaria en el quehacer del médico de familia. *Aten Primaria*, 1995; 15:271-272.
- Buitrago F. Universidad y Atención Primaria. Reflexiones sobre la situación actual *Aten Primaria*, 1996; 18:345-347.

Atención Primaria a la Salud en Brasil. Los desafíos de la Estrategia Salud de la Familia

Ligia Giovannella

Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp/Fiocruz –
Brasil

Resumen

Se describen las características del Sistema Único de Salud brasileño, de la Estrategia Salud de la Familia y de los equipos multiprofesionales. Se analizan los desafíos económicos, técnicos y gerenciales para la implantación de una atención primaria integral, como estrategia para ordenar la organización del sistema público de salud en Brasil.

Se analiza el papel de la formación, del reconocimiento profesional y de la adhesión de la fuerza de trabajo en salud a la APS; la integración de la red de atención, y la actuación intersectorial para enfrentar los determinantes sociales, promover la salud y reducir desigualdades.

Se señala la oportunidad que se abre en Latinoamérica para la sanidad pública en los países que llevan a cabo iniciativas para reducir iniquidades y avanzar en la universalidad.

Se apuntan las dimensiones y los indicadores que deben ser objeto de monitorización por el Observatorio de Políticas de Salud.

Introducción

En Brasil, la creación de un sistema público universal financiado con recursos fiscales estuvo directamente relacionado con las luchas de los movimientos sociales, por el retorno a la democracia y por la conquista de la plena ciudadanía. Para asegurar el derecho universal a la salud, fue creado el Sistema Único de Saúde (SUS), por medio de la unificación de la asistencia médica de la Seguridad Social y otros servicios públicos de salud bajo el gobierno del Ministerio de Salud en 1990.

El *Sistema Único de Saúde* (SUS) es un servicio nacional de salud de acceso universal y financiación fiscal y está basado en los principios de: i) la salud es un derecho universal y un deber del Estado, lo que significa acceso universal a servicios de salud para todos los ciudadanos independiente de renta, clase social, etnia, ocupación y contribución; ii) descentralización para los estados y municipalidades, con responsabilidades compartidas entre niveles gubernamentales y iii) participación ciudadana.

La provisión de atención primaria en salud (APS) es una responsabilidad municipal, y la implantación de un nuevo modelo de APS – Estrategia Salud de la Familia (ESF) – empezó en 1998 con incentivos financieros federales y está siendo gradualmente ampliada.

La atención primaria en salud tiene un importante papel en el proceso de implantación del SUS. Se observaron cambios en la concepción de la APS en el transcurso del tiempo en la política nacional de salud en Brasil. Se denominó de atención básica, para diferenciarse de una atención primaria selectiva focalizada en los marginados, y fue entendida como el primer nivel de atención: *“A Atenção Básica é um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.”* (MS, 1996). Convivió con un enfoque selectivo (1990), con la creación del Programa de Agentes Comunitarios de Salud y Programa de Salud de la Familia (en su primera fase) – con canasta selectiva y focalizado en grupos muy pobres. Hoy la Política Nacional de Atención Básica (PNAB, formulada en 2006) asume un enfoque abarcador/ integral de la atención primaria en salud, entendida como una estrategia para organizar el sistema de salud y promover la salud en la sociedad. Contempla en la normativa los atributos de una APS integral robusta.

La atención básica en Brasil según la PNAB tiene como fundamentos:

- Garantizar el acceso universal y continuo a servicios de salud de calidad resolutivos; ser la puerta de entrada preferencial del sistema de salud

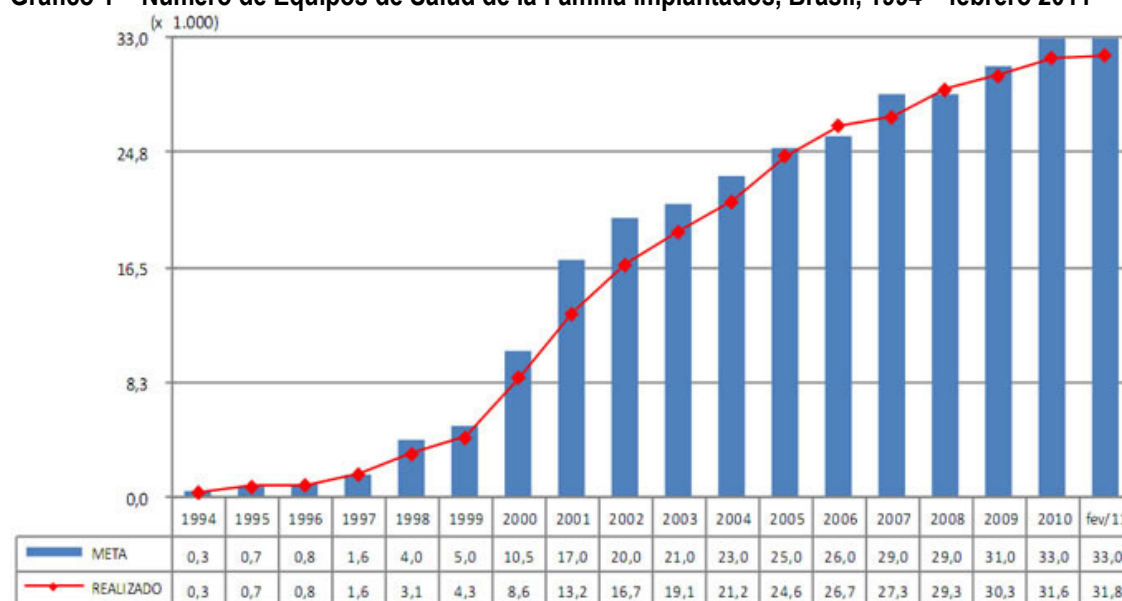
- Hacer efectiva la integralidad en sus diversas dimensiones, articulando: acciones programáticas de demanda inducida y la asistencia a la demanda espontánea; acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; acciones individuales, colectivas y comunitarias
- Coordinar los cuidados en la red de servicios
- Desarrollar vínculos entre los equipos y la población de los territorios, bajo su responsabilidad, garantizando el seguimiento a lo largo de la vida (longitudinalidad)
- Promover acciones intersectoriales para enfrentar determinantes sociales
- Incentivar la participación social (PNAB 2006 - MS).

El modelo impulsado es el de la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Implantado inicialmente como un programa paralelo y focalizado, desde 1998 la Salud de la Familia fue asumida como la estrategia de atención primaria de salud en Brasil con carácter sustitutivo y re-orientador del modelo asistencial en el SUS. En la ESF actúan equipos multiprofesionales (EqSF) compuestos por: un médico generalista (de familia y comunidad), un licenciado en enfermería, dos auxiliares de enfermería, cinco a seis agentes comunitarios de salud. Cada equipo es responsable en promedio de 3.000 personas (700 a 1000 familias) que son registradas por el ACS por área de residencia durante las visitas. Los equipos de SF actúan en Centros de Salud con 1 a 7 equipos por centro salud.

En Brasil, la atención primaria es una responsabilidad municipal y todos los integrantes de los equipos SF tienen carga de trabajo integral – 40 horas semanales. Todavía apenas en parte de las ciudades son servidores de los municipios; la mayoría tienen otros tipos de vínculos de trabajo, sea como asalariados con las reglas del sector privado (CLT), sea como trabajadores temporales con contratos con ONGs o cooperativas.

La implantación de la ESF proporcionó incuestionable ampliación del acceso a los servicios básicos de salud en Brasil. Actualmente hay 31.800 equipos de salud de la familia en todo el Brasil, estimándose una cobertura de 96 millones de personas, correspondiendo a cerca de, 50% de la población brasileña de 190,7 millones de personas (2010) (gráficos 1 y 2). La población no cubierta por los equipos de salud de la familia son en parte atendidos en centro de salud tradicionales, sin equipos de SF. Además, el 25% de la población tiene doble cobertura con seguros privados y utiliza poco el SUS en APS.

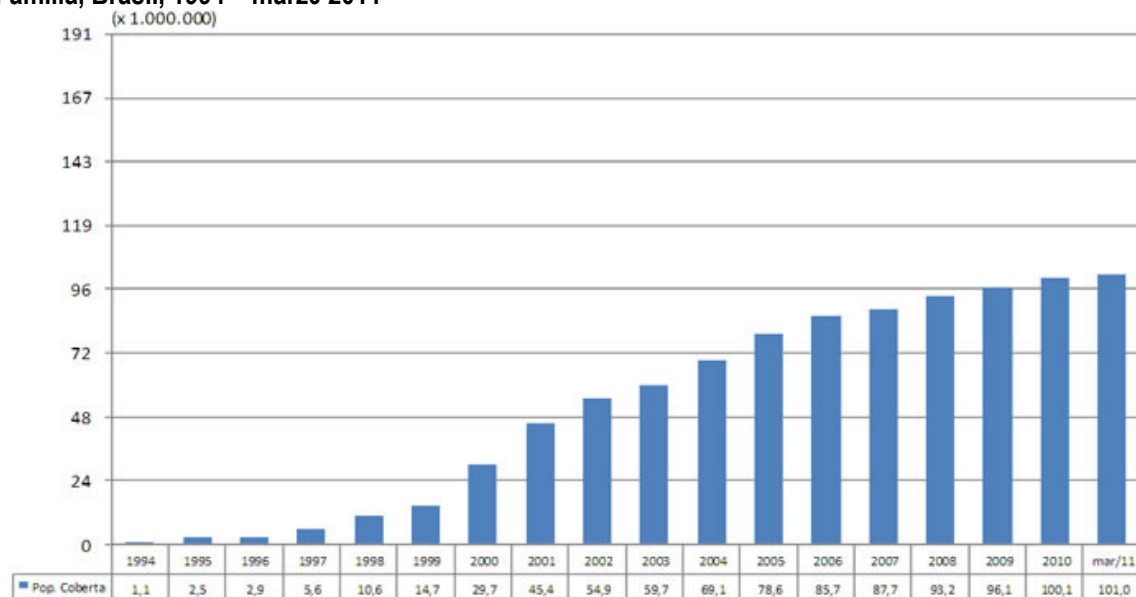
Gráfico 1 – Número de Equipos de Salud de la Familia implantados, Brasil, 1994 – febrero 2011



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Extraído de Departamento de Atenção Básica disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>

Gráfico 2 – Evolução de la población cubierta (millones de personas) por Equipos de Salud de la Familia, Brasil, 1994 – marzo 2011

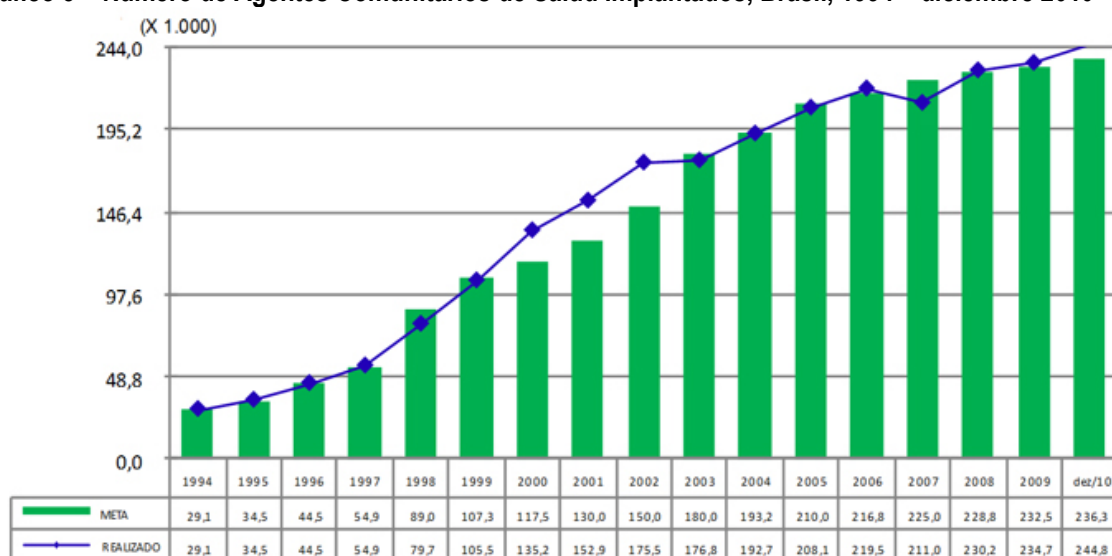


FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Fonte: Extraído de Departamento de Atenção Básica disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>

Una particularidad de los equipos de salud de la familia en Brasil es la actuación de los agentes de salud comunitarios (ACS). El ACS es considerado como un agente de salud colectiva que aproxima servicio de salud – comunidad. Viven en las comunidades en que trabajan y son responsables por el acompañamiento cotidiano de las familias. Visitan las familias mensualmente en su residencia identificando grupos de riesgos e desarrollando actividad de prevención, educación en salud y comunitarias. Suelen tener un papel más comunitario, o sea más político o más técnico, centrando sus actividades en el seguimiento de grupos prioritarios. Trabajan con supervisión de licenciadas en enfermería y reciben capacitación en servicio. En diciembre de 2010, 244 mil ACS actuaban en todo el país (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Número de Agentes Comunitarios de Salud Implantados, Brasil, 1994 – diciembre 2010



FONTE: SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Los equipos de salud de la familia deben prestar atención integral, esto es, además de prestar la atención clínica necesaria, deben conocer y establecer vínculos con las familias de su territorio de adscripción, identificar los problemas de salud y las situaciones de riesgo en la comunidad. A partir de un diagnóstico deben desarrollar acciones educativas e intersectoriales para enfrentar los problemas identificados.

La implantación de la salud de la familia en los 5.600 municipios brasileños es desigual, observándose desde experiencias como programa paralelo y focalizado, hasta ciudades donde promovió cambios importantes en el modelo de atención y se constituyó en estrategia para reordenar la red de servicios (Escoré et al 2007).

Los desafíos para la implantación de una atención primaria integral como estrategia para ordenar la organización del sistema público de salud en Brasil son de diversas órdenes económicos, técnicos y gerenciales. Además del subfinanciamiento crónico del SUS, destacamos aquí tres de los más importantes desafíos, como sugerencia para que se tornen dimensiones/temas para su monitorización por el Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud. A saber: i) la formación, reconocimiento y adhesión de la fuerza de trabajo en salud a la APS, ii) la integración de la red de atención, iii) la actuación intersectorial para enfrentar los determinantes sociales, promover la salud y reducir desigualdades.

Formación, reconocimiento y adhesión de la fuerza de trabajo en APS

El reconocimiento de los profesionales de salud que actúan en APS es fundamental para garantizar su adhesión y fijación. Se observan cambios frecuentes de los profesionales en los equipos, pues gran parte de los vínculos de trabajo son inestables, precarios y su actuación no es bien considerada. La formación de los profesionales de salud no está bien dirigida hacia la actuación en APS. Casi no existen médicos de familia y la formación en enfermería es la tradicional y está dirigida para el trabajo en ambiente hospitalario.

La formación de los profesionales para actuar en APS es un reto a enfrentar con estrategias de corto y medio plazo en todos los niveles de formación, desde el pregrado y grado hasta el desarrollo profesional continuo. La especialidad de medicina de familia y comunitaria es muy reciente en Brasil y no hay profesionales suficientes con formación adecuada para actuar en atención primaria. Con treinta y dos mil equipos de ESF implantados, deben existir solamente tres mil médicos con especialidad de medicina de familia y comunidad en el país. En Brasil, aunque diversas iniciativas de formación para la salud de la familia han sido desarrolladas, la formación para las especialidades médicas no tiene en cuenta las necesidades del sistema de salud. La definición de plazas de residencia por especialidad es una responsabilidad del Ministerio de Educación.

El desafío está en simultáneamente atraer profesionales ofreciendo salarios justos y vínculos de trabajo estables y formarlos para mejorar la calidad y resolutivez de la APS.

Integración de la red asistencial: construir redes de atención a la salud coordinadas por la APS

Un atributo fundamental de una APS universal y amplia es la adecuada integración de los servicios de APS en la red asistencial, garantizando acceso a los otros niveles de complejidad. Además de la importante extensión de cobertura proporcionada por la Salud de la Familia, en Brasil permanece fragmentada la red asistencial, con dificultades para garantizar atención integral con acceso a otros los niveles de complejidad conforme a las necesidades de salud de individuales y colectivas.

Estudios de casos en ciudades con elevada cobertura poblacional por salud de la familia apuntan avances en la integración de la Salud de la Familia a la red asistencial, propiciando el fortalecimiento de los servicios de atención primaria como servicios de primer contacto de demanda regular y puerta de entrada preferencial (Giovannella et al, 2009 y tabla 1).

Tabla 1 – Posición de la Estrategia Salud de la Familia en la red segundo gestores, profesionales y usuarios de SF, ciudades seleccionadas, Brasil, 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Puerta de entrada preferencial	EqSF	EqSF	EqSF	EqSF
Implantación de EqSF en los Centros de Salud preexistentes	Sí	Sí	Sí	Sí
% médicos y enfermeros que concordaron con la afirmativa “ <i>La población procura primero la USF cuando necesita de atención a la salud</i> ”	92,6	89,1	87,8	83,5
% familias registradas que procuran el mismo servicio de salud para cada episodio de atención o prevención	76,4	85,0	73,8	75,6
% familias que indican el CS o la USF como servicio de procura regular	69,6	74,6	50,3	69,2
% moradores que estuvieran enfermos en los últimos 30 días atendidos en el CS o USF	41,1	52,4	28,1	47,8

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

La salud de la familia cada vez más se torna la puerta de entrada preferencial al sistema de salud. Hasta el 85% de la población tiene un servicio de atención regular en las ciudades estudiadas y hasta el 75% definen la USF como su servicio de atención regular.

Todavía hay en Brasil problemas para garantizar el acceso oportuno a los servicios más especializados. Hay oferta de servicios de SUS en todos los niveles, pero todavía no suficientes: son frecuentes largos tiempos de espera con retrasos en diagnósticos. Esto ocurre también en ciudades grandes con sistemas de salud mejor organizados (tabla 2).

Tabla 2 – Indicadores de integración de la Estrategia SF a la red de servicios de salud, ciudades seleccionadas, Brasil, 2008

Indicadores integración	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Monitoreo de listas de espera	Parcial	Local y central	Local y central	Local y central
% médicos ESF que afirmaron conseguir cita siempre/ mayoría de las veces para otros servicios				
Consulta especialista	42,9	80,6	49,2	71,5
Servicio de apoyo diagnóstico terapia	37,5	55,5	44,8	42,9
Maternidad parto	57,2	86,1	78,0	74,3
Internação hospitalar	28,5	33,3	25,9	25,7
% médicos ESF que estimaron ser de 3 meses y más el tiempo de espera del paciente referenciado para consultas especializadas	44,6	61,1	81,8	34,3
Registros electrónicos en las USF/USB	No	Si	Si	No

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

En los últimos años están siendo desarrolladas estrategias de integración de la red de servicios, como sistemas de derivación informatizados para citas de consultas especializadas, centrales de regulación de camas hospitalarias, historias clínicas electrónicas, construcción de centros de especialidades médicas regionalizados, pero con implantación desigual por las municipalidades.

La insuficiente integración de la red asistencial es debido también al proceso de descentralización para las 5.560 municipalidades. El 73% de los municipios son pequeños, con hasta 20.000 habitantes, con baja capacidad de gestión del sistema y sin economía de escala para garantizar prestaciones más especializadas. En este contexto es necesaria la cooperación intermunicipal para garantía de la integralidad. En contexto de relaciones federadas, no siempre cooperativas, la regionalización del sistema de salud con construcción de redes integradas coordinadas por la APS, con consejos de gestión regional, es un lento proceso.

Integración horizontal con otras políticas públicas: intersectorialidad para enfrentar los determinantes sociales

Una característica de la APS integral, conforme a los principios de Alma Ata, es la comprensión de la salud como inseparable del desarrollo económico y social, lo que implica una actuación de los equipos dirigida a los problemas de la comunidad y la articulación con otros sectores, desencadenando y mediando acciones intersectoriales para la promoción de la salud.

Parte de los EqSF desarrollan acciones intersectoriales (tabla 3), pero su gobernabilidad para afrontar problemas sociales es limitada.

Hay límites para la actuación intersectorial de los equipos de SF. La actuación de los equipos es potencializada cuando ésta es también una opción gubernamental. La intersectorialidad se concreta cuando es una estrategia más general de gobierno, como las iniciativas de las Cámaras Intersectoriales Territoriales para gestión articulada de la política local y del presupuesto participativo. De hecho, enfrentar los determinantes sociales es responsabilidad de las tres esferas gubernamentales, necesitándose construir fóruns intersectoriales para la salud en nivel federal, estatal y municipal, además de la acción de los equipos en el territorio.

Los gestores de salud de las municipalidades señalan la necesidad de reconocer los límites de actuación de los EqSF, una vez que la articulación intersectorial debe ser una estrategia estructural de la acción de los ejecutivos municipal, departamental y federal

Esto no debe impedir iniciativas de acciones comunitarias por los EqSF. Los ACS tienen un papel fundamental en la identificación de los problemas del barrio/comunidad y en la movilización social. Los resultados de la investigación (tablas 3 y 4), demuestran que la acción comunitaria y el trabajo intersectorial de los equipos SF necesitan ser más incentivados.

Tabla 3 – Indicadores de actuación intersectorial, Estrategia Salud de la Familia, ciudades seleccionadas, Brasil, 2008

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
% profesionales del EqSF que participan de actividades para la resolución de problemas de la comunidad con otras instituciones				
Médicos	30,4	12,5	41,0	37,1
Enfermeros	53,0	24,0	38,6	58,0
ACS	50,7	34,1	33,6	48,0
Auxiliares/técnicos de enfermería	33,3	30,3	29,2	34,9
% ACS que realizan levantamiento de necesidades de la población en saneamiento y medio ambiente	71,3	57,0	67,9	64,6

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Tabla 4 – Prácticas comunitarias de los equipos de Salud de la Familia, ciudades seleccionadas, Brasil, 2008

Acciones comunitarias de los EqSF	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
	%	%	%	%
% profesionales ESF que realizan reunión con la comunidad				
Médicos	37,5	25,1	36,1	25,8
Enfermeros	57,6	40,0	38,6	34,0
% familias registradas que tuvieron conocimiento de reuniones organizadas por EqSF para discutir problemas de salud del barrio ²	25,3	30,5	27,9	42,5
% familias invitadas en los últimos 12 meses por lo ACS a participar de reuniones relativas a problemas del barrio ³	22,0	13,8	24,6	32,2

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ

En Brasil, para consolidar una APS integral en el SUS, es necesario tomar iniciativas tanto para la integración de la red servicios de salud, para asegurar la coordinación y continuidad del cuidado, garantizando el derecho de atención a la salud; como para profundizar un abordaje intersectorial de los

problemas de salud, con la integración de la atención primaria con otras políticas públicas, para reducir vulnerabilidades y promover la salud y la equidad. Y ésta solamente se realiza con profesionales cualificados, comprometidos políticamente y reconocidos socialmente.

Renovación de la APS en América Latina y Observatorio Iberoamericano de Políticas de Salud

En América Latina la segmentación de la protección social y la fragmentación de los sistemas de salud son características importantes. Un estudio sobre la integración de la APS en el sistema de salud en la región identificó tres modalidades con predominio de enfoques focalizados:

- Atención primaria integrada al interior de programas materno-infantiles – selectivos,
- Integración en experiencias municipales en países con sistemas de seguros,
- Como puerta de entrada en un eje estructurador del sistema público de salud (Conill, Fausto, Giovanella, 2010).

Todavía, actualmente, estrategias de APS hacia sistemas de salud integrales están en marcha en algunos países de América Latina. En un nuevo contexto político social en América Latina, con democracias con gobiernos de izquierda comprometidos con la reducción de desigualdades sociales, se abren ventanas de oportunidad para avances en la construcción de sistemas universales con reorganización del sistema con base en la APS. Uruguay, Paraguay, Ecuador, Venezuela, El Salvador, Bolivia son países que llevan a cabo iniciativas para reducir iniquidades y avanzar en la universalidad.

En el Observatorio Iberoamericano de Políticas de Salud para monitorear la APS consideramos imprescindible acompañar los tres ejes de desafíos aquí presentados:

- i) **Formación, valorización, adhesión y gestión de la fuerza de trabajo en salud a la APS**, incluyendo vínculos de trabajo<,
- ii) **Integración de los servicios de APS en el sistema de salud** – la constitución de red integrada e integral;
- iii) **Actuación intersectorialidad** – para enfrentar los determinantes sociales

Los indicadores para seguimiento deben corresponder a tres niveles de análisis (Conill et al 2010):

- **Nivel macro – políticas nacionales** (financiación, políticas de formación de RH, foros intersectoriales),
- **Nivel meso – de la gestión del sistema** (organización de las redes regionalizadas, vínculos de trabajo, planes de cargos),
- **Nivel local – provisión de los servicios** (uso regular, tiempos de espera, satisfacción, acción comunitaria de los equipos).

Solamente una mirada simultánea en los tres niveles puede comprender la complejidad de los procesos que se desea evaluar.

Referencias

- Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2010; 10 (sup 1):303-315.
- Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, Delgado M, Andrade CLT, Cunha MS, Pacheco C. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.14, p.783 - 794, 2009.

Como não fazer mais do mesmo? Notas sobre acompanhamento e a avaliação de serviços para orientar a organização do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde

Eleonor Minho Conill.

Doutora em Políticas e Programação no Desenvolvimento,
Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Resumo

O texto situa as principais tendências no campo da avaliação e as interfaces entre esse campo e o da análise comparada com exemplos de matrizes ou referenciais para monitoramento do desempenho dos serviços. Há uma ampla gama de possibilidades a serem exploradas na construção de instrumentos para orientar o trabalho de um Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde. Essas possibilidades implicam em algumas escolhas: análise de poucas ou múltiplas dimensões, uso de fontes primárias ou secundárias, grau de incorporação da perspectiva dos usuários, profissionais e gestores, e se o enfoque será no sistema, no cuidado individual ou em ambos. Além de precauções com a validade, os instrumentos escolhidos devem ser suficientemente uniformes para permitir comparações mas flexíveis para captar especificidades. Também é importante considerar a diferença existente entre os níveis de análise macro (da formulação de políticas), o nível meso (da gestão) e o nível micro (da prestação direta), pois implicam em distintas lógicas de interação e ação social.

Introdução

Na medida em que avaliação se expandiu também aumentaram conceitos e metodologias com um número crescente de propostas para monitorar o desempenho de profissionais, serviços e sistemas de saúde. A influência dessas iniciativas em mudanças concretas tem sido limitada e existem dificuldades em estabelecer um conjunto sintético de indicadores que permita conhecê-las e acompanhá-las ao longo do tempo.(1-3) De que modo poderia um Observatório representar uma contribuição nesse sentido? A tentativa de responder a essa indagação certamente anima a redação deste texto embora sua função principal seja a de registrar a apresentação feita durante um Seminário realizado em Mérida, Espanha no âmbito da criação do Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde.(4)

Na primeira parte expomos as principais tendências na avaliação discutindo a interface existente entre esse campo e o da análise comparada de sistemas de saúde, uma vez que um Observatório com essas características precisará levar em conta alguns dos conhecimentos já acumulados nessa área. Em seguida, selecionamos e descrevemos alguns exemplos de matrizes ou referenciais para monitoramento e avaliação de serviços e sistemas de saúde oriundos de fontes diversas, tanto acadêmicas como governamentais e não governamentais. Na terceira e última parte, ressaltamos as principais escolhas e desafios metodológicos a serem enfrentados.

Avaliação e análise comparada de serviços e sistemas de saúde: tendências e interfaces

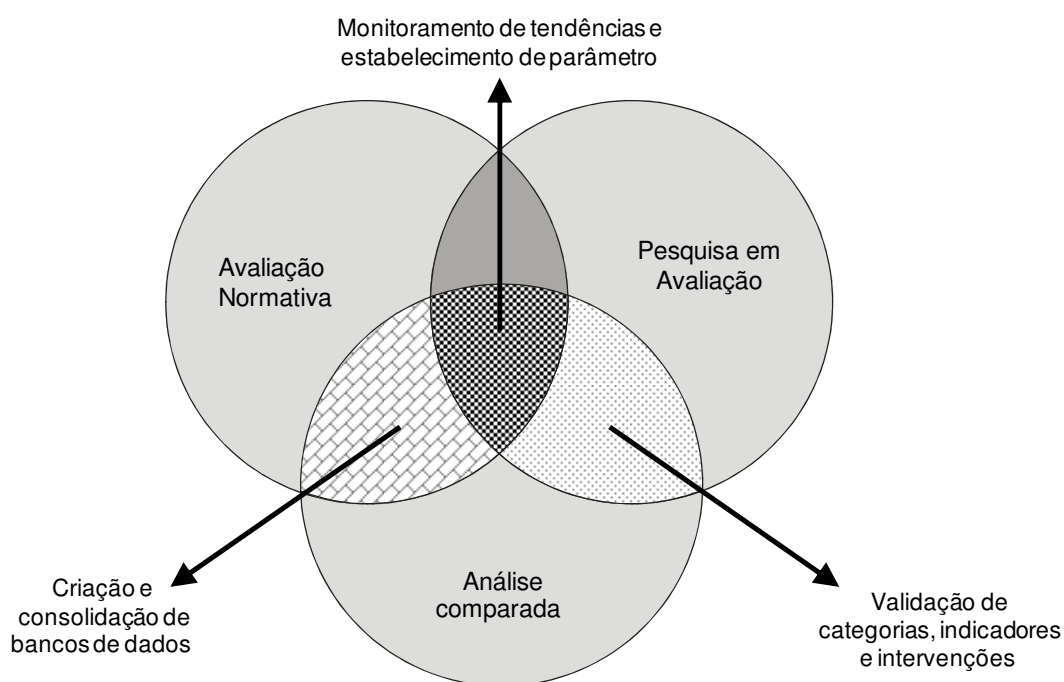
Desde a década de 1980, o campo da avaliação vem crescendo no âmbito da saúde coletiva. Primeiramente em função da onda neoliberal de ajustes macroeconômicos, ênfase numa menor intervenção do Estado nas políticas sociais e a importância de um controle gerencial para obtenção de maior eficiência nos serviços. Nessa conjuntura, os argumentos de maior qualidade e da defesa dos recursos investidos pelos cidadãos se constituíram em slogans de muitos documentos oficiais para justificar reformas. No mundo desenvolvido àquelas realizadas no Reino Unido com a introdução do mercado interno foram emblemáticas enquanto que na América Latina, os anos da chamada “década perdida”, foram marcados por uma diminuição importante no financiamento com pressões para a expansão de uma lógica de mercado e uma ação focalizada do Estado. .(5)

Num período mais recente, a ênfase tem se dirigido para reformas pró-coordenação assumindo-se, pelo menos no discurso, a importância de uma renovação na política de atenção primária. (6) Mas a segmentação do acesso e a fragmentação dos serviços permanecem como um desafio comum aos

sistemas contemporâneos, ainda que em graus diferentes conforme o contexto analisado. E o campo da avaliação continua prosperando frente a dificuldade em conciliar sustentabilidade com qualidade num modo de produção que gera doença e estimula o consumo como resposta.

Não é de estranhar que essa tendência também venha associada ao uso cada vez mais freqüente da análise comparada dos sistemas de saúde na busca por alternativas, padrões de referência ou benchmarks.(7) Três interfaces possíveis aparecem entre o campo da avaliação e o da análise comparada podendo ser exploradas no projeto do Observatório: aquela que se estabelece com a avaliação normativa contribuindo para a criação e consolidação de bancos de dados, aquela que colabora com a pesquisa avaliativa ao validar categorias, indicadores e intervenções e, a interação entre essas três vertentes que permite o monitorar e aprofundar estudos de tendências além do estabelecimento de parâmetros, conforme mostra a figura 1.

Figura 1 - Interface entre a análise comparada e a avaliação de sistemas de serviços de saúde.



Mas, além desta, é possível identificar pelo menos, mais seis grandes tendências no campo da avaliação:

- 1- a formulação e o uso de matrizes integradas; (1, 8)
- 2- a busca por indicadores que sejam sensíveis as ações setoriais; (9, 10)
- 3- a incorporação de metodologias de tipo qualitativo ou mistas; (11)
- 4- a importância de obter posições de usuários, profissionais, gestores; (12)
- 5- a existência de uma multiplicidade de conceitos, atributos, metodologias e modelos; (7, 13)
- 6- a importância de reconhecer a diferença entre qualidade em nível individual e coletivo e de separar análise nos níveis macro, meso e microsocioal. (14-16)

Vejamos, a seguir, alguns exemplos concretos que permitem explorar melhor essas tendências de modo a contribuir nas escolhas que serão necessárias para o funcionamento do Observatório.

Referenciais, modelos e possibilidades para o monitoramento e avaliação de serviços e sistemas de saúde

A tendência de construir matrizes integradas e levar em conta a percepção individual e coletiva da noção de qualidade aparece claramente em dois importantes projetos realizados tanto na América Latina e como no continente europeu. O primeiro foi realizado no Brasil visando desenvolver uma metodologia que permitisse avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) implantado a partir da Constituição de 1988.(1) Uma revisão de propostas existentes na OMS, OECD, Reino Unido, Canadá, Austrália e nos Estados Unidos facilitou a construção de uma matriz dividida em quatro grupos de dimensões e indicadores: determinantes (ambientais, socioeconômicos, comportamentais e biológicos), condições de saúde (morbidade, estado funcional, bem-estar, mortalidade), estrutura do sistema (condução, financiamento, recursos) e desempenho (efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança). A proposta é de que essas dimensões sejam trabalhadas em conjunto e a equidade é considerada uma medida que deve perpassar todas elas (quadro 1).

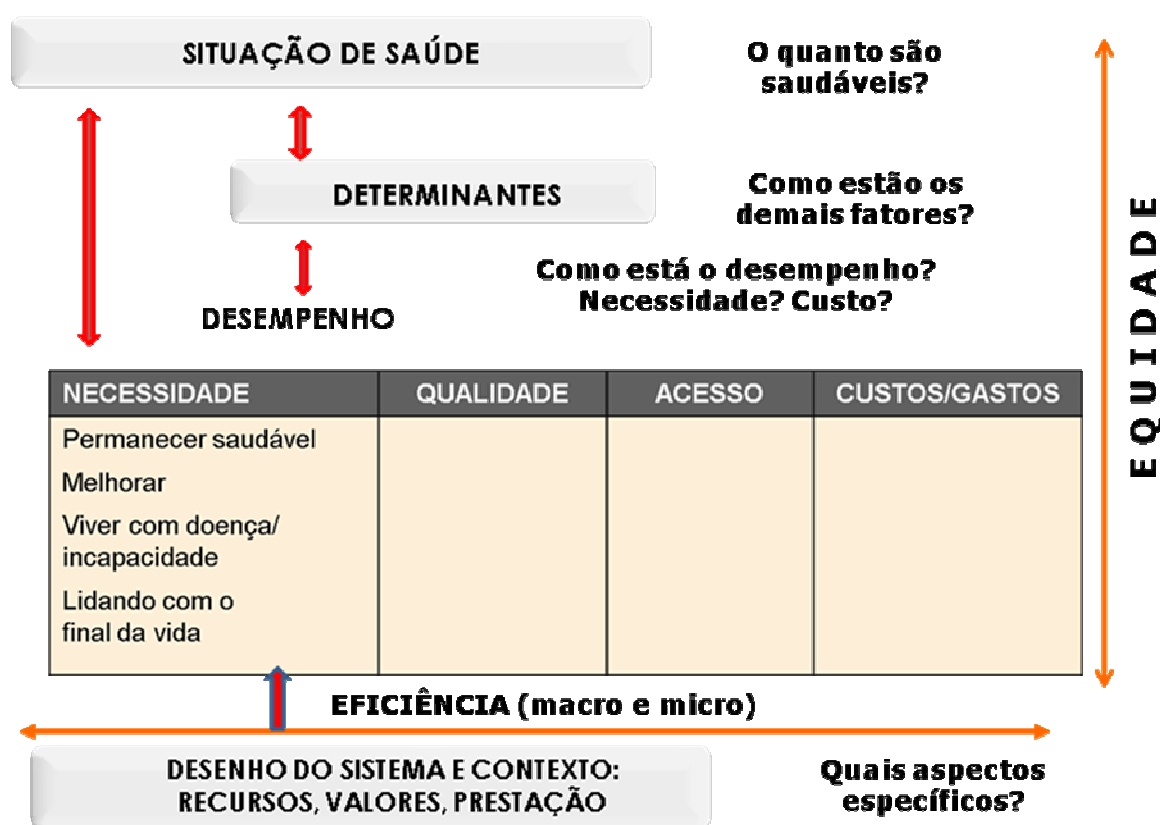
Quadro 1 - Matriz de dimensões da avaliação do desempenho do Sistema de Saúde.



Fonte: Pro-Adess, 2003.(1:115).

O segundo projeto foi feito para estabelecer indicadores de qualidade para países da OECD (*Health Care Quality Indicators/HCQI Project*).⁽⁸⁾ A matriz sugerida, além de incorporar dados do contexto social, econômico e organizacional, aponta para a necessidade de separar a esfera macro e micro social nos sistemas de monitoramento e avaliação. Sugere-se que o desempenho seja medido através de cinco dimensões (efetividade, segurança, *responsiveness*, acesso, custo/gastos) com relação a quatro tipos de necessidades do ciclo vital: permanecer saudável, melhorar, viver com doença ou incapacidade e enfrentar o final da vida. Estas necessidades se referem respectivamente à promoção e prevenção, as doenças agudas e crônicas e ao envelhecimento. Os autores propõem sua aplicação na avaliação do cuidado nas doenças cardíacas, diabetes mellitus, saúde mental, segurança dos pacientes, atenção primária, promoção e prevenção, consideradas como prioritárias pelo grupo de *experts* que participou do trabalho (quadro 2).

Quadro 2 - Health Care Quality Indicator Project (HCQI/OECD), 2006.



Fonte: Adaptado de Arah et al, 2006.(8: 11)

A preocupação por parte dos governos em utilizar medidas de desempenho tem sido também crescente e um dos exemplos importantes desse tipo de política foi o sistema de “*ranking*” implantado no *National Health Service* (NHS) da Inglaterra, a partir do ano 2000. Esse sistema atribuía estrelas aos hospitais ingleses estabelecendo sanções ou benefícios conforme o cumprimento de metas, além de tornar público seus resultados. Apesar de ser referido na literatura com expressões fortes, tais como, “*name and shame*” ou “*targets and terror*”, esse sistema é apontado como um dos poucos modelos para o qual há evidências de resultados positivos, tendo ocorrido uma importante redução dos tempos e espera.(17) Desde 2010, uma nova reforma tem como slogan “liberar” o NHS apostando novamente na livre escolha e na competição, associadas a uma política de prevenção, produtividade, inovação e qualidade (*Quality, innovation, productivity and prevention-QIPP challenge*). (18, 19).

É interessante destacar a adequação dos sistemas de informação existentes nesse país de modo a garantir indicadores e facilitar a avaliação. Os dados disponíveis estão organizados em quatro blocos: planejamento de medidas preventivas (informações demográficas e epidemiológicas), análise da produtividade dos serviços, medidas da qualidade dos resultados, identificação de custo e eficiência. No caso da qualidade as dimensões priorizadas são a segurança, a efetividade e a experiência ou percepção do paciente (*patient experience*). (20) Além disso, um conjunto de documentos de referência, instrumentos (“*quality accounts*”) com Conselhos e instituições de renomadas (*National Quality Board* e o *National Institute for Health and Clinical Excellence-Nice*) compõem uma estrutura bastante robusta para apoiar os processos de avaliação nesse país.

Mas alguns autores manifestam preocupações com o movimento pendular determinado pelas mudanças políticas que, em geral, não consideram aspectos positivos das medidas feitas por seus predecessores, temendo o risco de que possa haver retrocesso nos resultados positivos.(3,17) Também referem que a métrica da avaliação de desempenho está ainda longe de ser adequada, sugerindo a necessidade de um olhar qualitativo ou do que denominam “os aspectos informais do desempenho”.(2)

A dificuldade de operacionalizar de um modo viável a prática da avaliação é um desafio que perpassa vários sistemas de saúde. No Brasil, tem ocorrido um importante acúmulo de produção teórica e de pesquisas nesse campo bem como alguns projetos visando institucionalizar de forma mais adequada essa prática.(21) Mas a organização do SUS baseada na descentralização e na gestão compartilhada entre os entes federados (União, Estado e Municípios) torna o processo ainda mais complexo.

Ocorreram avanços nos sistemas de informação e o estabelecimento de instâncias de negociação entre os gestores com pactos para a formalização das metas de trabalho. Mas ainda impera uma certa profusão de instrumentos e um estranho paradoxo: uma demanda excessiva de informações que sobrecarrega equipes técnicas e o nível local, mas que permanecem fragmentadas e pouco divulgadas. Perde-se com isso a oportunidade de realizar sínteses que permitam identificar e comparar as principais feições do sistema e de seu desempenho no tempo e no espaço.

Nesse sentido, é interessante ressaltar uma iniciativa recente do Ministério da Saúde ao propor um painel para monitoramento e avaliação da gestão do SUS, composto por apenas 21 indicadores assim divididos: (22)

- DEMANDA: proporção de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré-natal, número de consultas de urgência por habitante;
- RECURSOS/ESTRUTURA: proporção de recursos próprios de cada ente federado, proporção das transferências em relação ao gasto municipal, razão da despesa em saúde pela receita disponível, proporção de estabelecimentos sob gestão pública;
- TRABALHO: número de médicos por habitante, proporção de trabalhadores com vínculo público, existência de plano de carreira;
- ARTICULAÇÃO DOS COMPONENTES: proporção de metas cumpridas no Pacto da Saúde, funcionamento das Centrais de Regulação, proporção de unidades de saúde contratualizadas, índice de alimentação regular do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- RESULTADOS: divididos em produção (consultas básicas e tomografias por habitante) e impacto (mortalidade proporcional por causas mal definidas, taxas de internação por condições sensíveis à atenção básica);
- PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: implantação de ouvidoria, proporção de relatórios anuais de gestão e de planos de saúde apreciados nos Conselhos, realização de Conferência de Saúde.

Para finalizar este tópico apresentamos a contribuição de duas instituições não governamentais que também colaboram com instrumentos que permitem acompanhar os sistemas de saúde e mostram a possibilidade de linhas distintas de atuação.

O *European Observatory on Health Systems and Policies* foi criado no âmbito das transformações geopolíticas que ocorreram no continente Europeu a partir da década de 1990. Tem apoio de alguns países e de governos locais, de instituições financeiras, acadêmicas e da própria Organização Mundial da Saúde.

É formado por um Comité condutor, com um núcleo central composto de uma equipe de gestão e uma de pesquisa, com uma Secretaria executiva em Bruxelas e três pontos de atuação em Londres, Berlim e Moscou. Visa fornecer uma análise abrangente e rigorosa das políticas e da organização do cuidado através de relatórios sistemáticos conhecidos como *Health Care Systems in Transition-HiT profiles*, pesquisas temáticas, estudos que ofereçam evidências sobre questões chaves e publicações regulares.(23)

Os *HiT profiles* surgiram para catalisar o início dos trabalhos no Observatório fornecendo uma informação comparativa considerada relevante para apoiar reformas(24) mas continuam a ser realizados até agora. Seus objetivos são: descrever diferentes formas de financiar, organizar e prestar serviços, os processos de reformas e os desafios comuns para aprofundamento, além de representarem um instrumento para difusão de informação com troca de experiências. Atualmente, o roteiro de um *HiT profile* contempla sete itens principais, assim estruturados:

- 1- Introdução: contexto geográfico, sócio-demográfico, econômico, político e epidemiológico;

- 2- Estrutura organizacional: aspectos gerais e históricos, panorama organizacional, descentralização/centralização, empoderamento dos pacientes;
- 3- Financiamento: gasto, população coberta e bases legais, fontes, fundos (*pooling*), alocação, relação comparador/prestador, mecanismos de pagamento;
- 4- Recursos físicos e humanos;
- 5- Prestação de serviços: saúde pública, caminhos dos pacientes, cuidado primário, secundário, terciário, emergência, farmacêutico, reabilitação, cuidado informal e não remunerado, paliativos, de longa duração, saúde mental, oral e medicinas complementares e alternativas;
- 6- Principais reformas;
- 7- Avaliação do sistema: objetivos governamentais, acesso, equidade, eficiência técnica e na alocação de recursos, qualidade e contribuição do sistema para os resultados.

Já a *Federación de las Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública* (FADSP), que tem sede em Madri, reagrupa profissionais num trabalho cuja tônica além de informar é também mobilizar a sociedade civil para garantia de seus direitos. Desde 2004, vem realizando um Informe intitulado *Los servicios sanitarios de las Comunidades Autonomas* (CCAA) cujo o objetivo principal é monitorar desigualdades no acesso e nas prestações.(25)

Ao longo do tempo foi ocorrendo uma adequação dos indicadores utilizados com a introdução mais recente de dados referentes à situação de saúde, listas de espera e satisfação dos pacientes. Esses últimos foram incorporados na medida em que a Espanha passou a dispor de informações desse tipo em função da realização de um inquérito anual que avalia a opinião dos usuários acerca do *Sistema Nacional de Salud* conhecido como Barômetro Sanitário.(26)

Atualmente o *Informe* é constituído de um conjunto de 19 indicadores divididos em cinco grupos de critérios: financiamento, recursos e funcionamento, política farmacêutica, valoração dos cidadãos, lista de espera e privatização sanitária, conforme pode ser visualizado no quadro 1. Além disso, foi desenvolvido um sistema de pontuação que permite estabelecer um *ranking* conforme o desempenho de cada CCAA e acompanhá-lo ao longo dos anos.

Quadro 1 - Síntese dos critérios e indicadores utilizados no Informe Anual da FADSP acerca dos serviços sanitários das CCAA.

CRITÉRIOS ANALISADOS	INDICADORES
FINANCIAMENTO, RECURSOS, FUNCIONAMIENTO	1- Gasto per capita (orçamentos, CCAA)
	2- Leitos /1000
	3- TAC/1000
	4- APS/1000
	5- Cartões de saúde /clínico geral
	6- Mortalidade infantil
POLÍTICA FARMACÉUTICA	7- Gasto farmacêutico per capita
	8- % crescimento do gasto farmacêutico
	9- % gasto c/ genéricos
	10- Satisfação (Barômetro)
OPINIÃO DOS CIDADÃOS	11- % de bom/ muito bom (APS, especialidades, urgência, hospitalização)
	12- Cidadãos objetos objeto de erros
	13- Melhora global
	14- Preferem o serviço público
LISTA DE ESPERA	15- Especialista em 15 dias ou menos
	16- APS em 24 horas
	17- Melhora nas de espera
PRIVATIZAÇÃO SANITÁRIA	18- Fórmulas de gestão privadas (fundações, empresas, consórcios)
	19- dedicação exclusiva ao sistema público

Fonte: Federación de las Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). (25)

Conclusões

Há, portanto, uma ampla gama de possibilidades a serem exploradas na construção de um instrumento de acompanhamento dos sistemas de serviços de saúde para orientar o trabalho do Observatório. Essas possibilidades implicam em algumas escolhas: análise de poucas ou múltiplas dimensões, o uso de fontes primárias ou secundárias, o grau de incorporação da perspectiva usuários, profissionais e gestores e, o enfoque no sistema, no cuidado individual ou em ambos.

Pelo menos três tipos de validade devem ser considerados no estabelecimento de um instrumento de avaliação: a validade de conteúdo que se refere à adequação dos conceitos em relação ao objeto que se quer medir ou intervir, a validade do critério de predição (sensibilidade, especificidade) e a validade de

construção que se relaciona com seus aspectos operacionais. Além disso, os instrumentos escolhidos devem ser suficientemente uniformes para permitir comparações e mostrar tendências, mas também flexíveis para captar especificidades. O desenvolvimento de metodologias de tipo participativo com dinâmicas de trabalho mais inovadoras poderão auxiliar nesse sentido.

Um desafio central na montagem de sistemas de avaliação é de que possam contribuir, de fato, para impulsionar mudanças e melhores resultados nos serviços. Por essa razão, é importante considerar a diferença existente entre os níveis de análise macro (da formulação de políticas), o nível meso (da gestão) e o nível micro (da prestação direta) pois implicam em distintas lógicas de interação e ação social.

Assim, em nível macro-social ocorrem decisões políticas acerca dos direitos de acesso, coberturas, financiamento e a regulação (políticas de informação, planejamento, avaliação, desenvolvimento de recursos humanos, científico e tecnológico). Nesse nível pode ser importante, por exemplo, monitorar o gasto e a cobertura do setor público e privado, as políticas de formação de recursos humanos, especialmente a relação entre o número de especialistas e de profissionais médicos de atenção primária.

Em nível meso, torna-se importante conhecer indicadores que expressem a agilidade da gestão no fomento de redes integradas para maior coordenação e resolutividade do cuidado. Nesse caso, indicadores de tempo de espera poderiam ser considerados como medidas ou uma variável de aproximação. Finalmente, em nível micro social aonde ocorre o cuidado, as relações interpessoais são predominantes e os atributos relacionados ao acesso, a comunicação e a efetividade podem vir a ser explorados na perspectiva de uma prática coerente com alguns dos princípios da atenção primária (acolhimento, continuidade).

Observar os sistemas iberoamericanos com parcimônia de dados e abertura para diversos olhares e metodologias pode ser importante para superar a diversidade de situações, lacunas e problemas na validade dos atuais sistemas de informação dos países que farão parte do projeto. Este talvez possa ser um caminho inicial para não fazer mais do mesmo.

Referencias

- 1- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro - PRO-ADESS. Relatório Final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003 [acesso em 2008 Nov 18]. Disponível em: <www.proadess.cict.fiocruz.br>
- 2- Exworthy M. The performance paradigm in the English NHS: potential, pitfalls, and prospects. Eurohealth [Internet]. 2010 [acesso em 2011 Maio 10];16(3):16-19. Disponível em <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf>
- 3- Bevan G. If neither altruism nor markets have improved NHS performance, what might?. Eurohealth. 2010 [acesso em 2011 Maio 10];16(3):20-3. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf>
- 4- International Association of Health Policy; Federacion de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Seminário Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde. Relatório do Seminário de Mérida (Espanha). Programação do II Seminário de Brasília (Brasil); julho de 2011.
- 5- Conill Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ; 2006. p. 563-614.
- 6- Organização Panamericana de Saúde (OPS). Renovação da atenção primária em saúde nas Américas. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OMS). Brasília: OMS; 2005.
- 7- Conill E. A Análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. In: Campos RO, Furtado JP. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: UNICAMP; 2011. p 159-84.
- 8- Arah OA, Wespert GT, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care*. 2006 Sep [acesso em 2011 Maio 10];18(1): p 5-13. Disponível em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/5.full.pdf+html>
- 9- Hussey PS, Anderson GF, Osborn R, Feek C, McLaughlin V, Millar J, *et al*. How does the quality of care compare in five countries? *Health Aff (Millwood)*. 2004 May-Jun;23(3):89-99.
- 10- Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*. 2011 [acesso em 2011 May 25];0:AJPH.2010.198887v1. Disponível em: <<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/AJPH.2010.198887v1>>
- 11- Campos OR, Furtado JP. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: UNICAMP; 2011.p 159-84.
- 12- Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, editores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.1-13.
- 13- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, editor. *Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 29-48.
- 14- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000 Dec; 51:(11) 1611-25.
- 15- Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2010 Nov;10(Supl 1):S14-S27.
- 16- Silva SF. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: Silva SF, Organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA/CONASEMS; 2008. p. 117-136.
- 17- Ham C. Improving performance in the English National Health Service. Eurohealth. 2010 [acesso em 2011 Maio 10];16(3):23-5. Disponível em: <http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/129436/Eurohealth16_3.pdf>

- 18- National Health Service (NHS), Department of Health. Equity and excellence: liberating the NHS [monografia na Internet]. London (UK): TSO; 2010 Jul [acesso em 2011 Maio 25]. Disponível em: <www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf>
- 19- National Health Service (NHS), Departement of Health. Quality & productivity. [monografia na Internet]. London (UK): NHS; 2011 Jan 06 [acesso em 2011 Maio 17]. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Qualityandproductivity/index.htm>>
- 20- National Health Service (NHS). The Information Centre for health and social care. Indicator's for health improvement [monografia na Internet]. London (UK): NHS; 2011 [acesso em 2011 Maio 17]. Disponível em: <<https://mqi.ic.nhs.uk/>>
- 21- Felizberto E, Alves CKA, Bezerra LCA. Institucionalização da avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, editores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.143-60.
- 22- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS). Painel de monitoramento e avaliação da gestão em saúde metodologia de construção de uma matriz de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Brasília; 2010.
- 23- European Observatory on health System and Policy. About us [homepage na Internet]. London (UK): European Observatory on health System and Policy; [atualizada em 2011; acesso em 2011 maio 25]. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/about-us>>
- 24- European Observatory on health System and Policy. Publication. HiT methodology and production process [homepage na Internet]. London (UK): European Observatory on health System and Policy; [atualizada em 2011; acesso em 2011 maio 25]. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/health-system-profiles-hits/hit-methodology-and-production-process>>
- 25- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Los servicios sanitarios de las Comunidades Autonomas: Informe 2010 (VII Informe), 2010 Sep [acesso em 2011 Mar 15]. Disponível em: <<http://www.fadsp.org/pdf/INFORME.ccaa2010.doc>>
- 26- Ministerio de Sanidad y Política Social (ES), Instituto de Información Sanitaria, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Barómetro Sanitario 2003-2007 [monografia na Internet]. Madrid: Gobierno de España; 2007 [acesso em 2010 Jun 27]. Disponível em: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2003-2007.pdf>

LA PRIVATE FINANCE INITIATIVE (PFI) EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DEL REINO UNIDO.

Francisco Reyes

Universidad de Santiago

España

Breve resumen histórico.

Antes de 1946, la construcción de hospitales era responsabilidad de los gobiernos locales y, a la vez, las nuevas inversiones dependían de la habilidad de dichos gobiernos para encontrar fondos que financiasen las inversiones.

Después de 1946, con la creación del National Health Service, la nacionalización de los hospitales y la centralización de las inversiones de capital, la construcción de hospitales devino en una responsabilidad del Gobierno Central financiado generalmente por impuestos y pagos a la seguridad social (National Insurance)

En 1962 se aprobó el Hospital Plan con la intención de modernizar la infraestructura hospitalaria, sin embargo, un tercio de los proyectos se realizaron solo de forma parcial y otro tercio no llegó siquiera a iniciarse.

Durante la década de los 70, y entre otras razones debido a la crisis económica de aquellos años, las inversiones previstas en el Hospital Plan prácticamente se paralizaron. Es más, entre 1974 y 1998, el conjunto de los departamentos gubernamentales vieron caer los gastos de inversión de 28.8 billones de libras a 3.3 billones. Incluso más dramático fue el caso del NHS, durante 1997-98 y 1998-99 la tendencia ha sido la descapitalización de los hospitales existentes.

El Acta de 1990 transfirió la responsabilidad de la financiación del capital del Gobierno a los Trusts . Es más, el Acta establecía que los hospitales obtendrían financiación separada para capital y para gastos de funcionamiento.

Esto último significa que los Trusts debían buscar fuentes de financiación diferentes de los fondos y los préstamos Gubernamentales. Si bien desde 1973, las Health Authorities estaban autorizadas a vender terrenos pertenecientes a los hospitales como fuente de financiación, fue a mediados de la década de los 90 (bajo los Gobiernos de Margaret Thatcher) cuando esta fuente de recursos adquirió sus mayores dimensiones y devino práctica habitual de los Trusts.

La PFI.

La iniciativa de financiación privada o PFI (Private Finance Initiative) es la figura que permite el uso de capital privado para financiar la construcción de nuevos hospitales y arrendar equipamiento de electromedicina en el NHS.

El objetivo es que el sector público aporte capital para construir un hospital nuevo. Varias empresas del sector privado, que generalmente trabajan como consorcios, edifican un hospital y son propietarias de él, y lo ceden en usufructo al Servicio Nacional de Salud (NHS) por 20 años o más. El NHS paga por el capital y los gastos corrientes del edificio con dinero proveniente de sus ingresos (principalmente fondos

públicos). En realidad, el sector público está pagando subsidios al privado . Presenta tres características: los bienes permanecen en propiedad del sector privado, debe existir transferencia de riesgos del sector público al privado, y se debe demostrar que hay una relación positiva coste-beneficio para el sector público (value for money). La traducción literal de esta expresión sería “valor del dinero” y puede definirse como el uso eficaz de fondos públicos en un proyecto de capital a partir de la combinación óptima de costes, calidad, eficiencia y eficacia.

La PFI es una forma de cooperación público-privada en la que el gobierno contrata la compra de servicios a largo plazo, con el fin de aprovechar aptitudes administrativas del sector privado “incentivadas por tener finanzas privadas en riesgo”. Esto puede incluir concesiones y franquicias en las que el interlocutor del sector privado asume la responsabilidad por la prestación de un servicio público, incluido el mantenimiento, la consolidación o la construcción de infraestructuras .

El primer proyecto PFI surgió en Gran Bretaña en 1992, como consecuencia de las reformas “de mercado libre” llevadas a cabo por el gobierno conservador. Dichos cambios establecían que los Hospitales-Consortio (Trusts) del SNS tenían que efectuar determinados pagos sobre el valor de sus activos y terrenos así como sobre cualquier nuevo préstamo de la Tesorería. Inicialmente, se consideró que este tipo de política iba a

ser un mecanismo para animar a los gerentes del Consortio (Trust) a vender, a la primera oportunidad que tuvieran, cualquier terreno o edificio no utilizado o parcialmente utilizado en lugar de prever que se iba a incurrir en una carga financiera mayor. Pero estaba ocurriendo algo mucho más trascendental: el SNS pasaba de ser propietario a inquilino e iba a tener que pagar por ocupar edificios que eran de su propiedad.

Los ministros conservadores iniciaron una reforma en dos tiempos: un recorte substancial en la asignación de capital al SNS, con la condición adicional de que cualquier inversión importante (inicialmente, 5 millones de libras o más) tenía que ser comunicada y “evaluada” en el mercado mediante el sistema PFI, y con el objetivo de evaluar si cualquier consorcio privado estaba en condiciones de financiar, construir y gestionar el hospital así como arrendarlo al SNS mediante un contrato a largo plazo (25-

30 años). Esta práctica fue descrita por la Tesorería como un cambio mediante el cual “los organismos públicos pasaban de ser propietarios de activos y proveedores directos de servicios a ser compradores del sector privado” .

Desde 1994, si un Trust del NHS desea realizar una inversión de capital, debe demostrar primero que ha intentado obtener los fondos para el proyecto del sector privado antes de solicitar fondos al Gobierno.

La construcción de un Public Sector Comparator (PSC) es necesaria en casi todos los proyectos PFI para comprobar si una oferta de inversión con participación de la iniciativa privada ofrece value for money, es decir, mejora la fórmula más eficiente desarrollada conforme a los procedimientos convencionales de prestación pública de infraestructuras y servicios. El PSC es la evaluación hipotética de todos costes susceptibles de acaecer durante la vida del proyecto, si éste fuera desarrollado por la propia Administración Pública, ajustada por la valoración de los riesgos.

Para obtener la aprobación de un proyecto de PFI, deben cumplirse tres fases:

a) Primero, debe elaborarse un Plan de Negocios básico (OBC- Outline Business Case-) para demostrar la viabilidad del proyecto.

b) Si el Plan anterior (OBC) ha sido aprobado, se invitará al sector privado a una concurrencia para seleccionar al consorcio que desarrollará el proyecto (preferred partner).

c) El consorcio seleccionado elaborará un plan de negocios completo (FBC-Full Business Case-). Si el FBC es aprobado, el Trust y el consorcio privado establecerán un acuerdo de concesión, generalmente por un período de 30 años.

Los sistemas PFI parecen suponer, en el Reino Unido, un coste total mayor que el endeudamiento público directo para la puesta en marcha de una nueva infraestructura. La TFT (Comité del Tesoro) reconoce también mayores costes, que podrían justificarse por ventajas y ahorros posteriores. Este coste aumentado se mantiene incluso cuando se emplea para el cálculo la tasa de descuento del 6% (tasa definida políticamente), que ha sido valorada como excesivamente alta por distintas instancias académicas y económicas .

El motivo del mayor coste del PFI para el sector público parece responder fundamentalmente a que el presupuesto público ha de financiar tanto la obra como el margen de beneficios de la empresa concesionaria, y también los mayores intereses cobrados por la banca a la empresa privada, dado el menor nivel de solvencia (categoría BBB de las empresas PFI, frente a la AAA del Estado). También los costes de elaboración y gestión de ofertas por los licitadores influyen, ya que han llegado a alcanzar cerca del 3% de los costes totales del proyecto. Los contratos por sí mismos son complejos y caros (el trust de Bromley gastó tres millones de libras en su consecución y planificación), y ha sido un reto la agilización de trámites y su simplificación . Además, las empresas privadas involucradas en las PFI tienen accionistas que esperan dividendos, por lo tanto tiene que existir beneficio. Los niveles de beneficios han sido normalmente de, al menos, el 15%. La Administración argumenta que las PFI son más eficientes mientras los contratos se ejecuten a tiempo dentro de lo presupuestado, pero ha habido muchos ejemplos de incrementos de costes que refutan esto. Uno de estos casos ha salido a la luz en un informe muy crítico del Public Accounts Committee acerca del plan de reemplazar tres hospitales londinenses por uno mayor de tipo PFI. El proyecto inicial comenzó en 2000 con un coste estimado de 300 millones de libras esterlinas y con fecha de finalización en el año 2006. En mayo de 2005 los costes estimados habían ascendido a 900 millones de libras y la fecha de entrega se había demorado a 2013. Gran parte de esto se debió a un pobre diseño original y a la inexistencia de cualquier consulta al personal sanitario. El proyecto fue abandonado en 2006 después de haber sido gastados 15 millones de libras .

Los proyectos se realizan para satisfacer las necesidades de los socios privados, y no necesariamente las de los ciudadanos. Los proyectos mal diseñados han invadido los hospitales británicos modelo PFI; se crean espacios reducidos para los servicios públicos mientras se potencia el espacio destinado a zonas comerciales. Algunos ejemplos de este tipo de problemas promovidos por la PFI en hospitales británicos serían:

a) Hospital Cumberland en Carlisle, PFI

Los problemas de diseño del proyecto y la construcción defectuosa han generado múltiples incidentes: se han derrumbado dos techos debido a la utilización de juntas de plástico baratas para las tuberías; una junta defectuosa por poco no produjo lesiones a las pacientes, al caer sobre la Unidad de Maternidad; la bajante de aguas residuales era insuficiente e inundaba los quirófanos; el personal de lavandería no puede trabajar en los espacios asignados porque son demasiado pequeños; los carros que se compraron por un alto precio tuvieron que ser sustituidos por otros hechos a medida, porque no podían circular entre las camas; el techo transparente hace que la temperatura llegue a los 33° en los días soleados, y el hospital no tiene aire acondicionado; se han caído dos ventanas hiriendo a dos trabajadores.

Supuestamente, uno de los riesgos transferidos al consorcio PFI era el ahorro previsto en los costes clínicos que no se consiguiera, y el coste de este riesgo se estimó en 5 millones de libras. Sin embargo, al

consorcio no se le penaliza si no se consigue el objetivo. Por tanto, se deduce que esos 5 millones se atribuyeron falsamente al PFI. El mayor coste de la financiación privada hizo que el coste total de los proyectos de North Durham, Carlisle y Worcester aumentara en un 39%.

Un informe realizado por la Comisión para la Mejora de la Salud (CHI) hizo una crítica implacable de las relaciones laborales en el hospital, de la tecnología empleada en el sistema informático y del plan de prevención de riesgos. El informe constataba que no existe suficiente espacio para tres personas alrededor de las camas, lo que es un fallo muy serio cuando se atiende a pacientes ancianos. La falta de espacio ha llevado a utilizar las duchas y áreas reservadas para pacientes como zonas de almacén. La escasez de camas y el frecuente cierre de zonas debido a infecciones han obligado a cancelar intervenciones quirúrgicas. Muchos trabajadores sufren estrés debido a cargas de trabajo irracionales .

b) Dartford y Gravesham (Darent Valley Hospital), PFI en Kent

Inisfree refinanció el hospital y consiguió un beneficio de 33 millones de libras. Una de las empresas del consorcio, Carillion (la misma que ganó la licitación para privatizar el Hospital PFI Brampton, en Ontario) obtuvo unos beneficios de 11 millones de libras. El hospital no pasó la inspección en cuanto a niveles básicos de higiene, tiempos de espera, operaciones canceladas e informes de pacientes con cáncer de mama. Se redujo el presupuesto para salud pública para poder financiar el coste adicional de los procesos agudos. Se modificó la financiación de determinadas prestaciones: se suprimieron los recursos de salud mental, de problemas de aprendizaje, y la enfermería comunitaria.

Para poder incrementar en 2 millones de libras anuales la subvención del PFI, se eliminaron los fondos destinados a un centro infantil, se suspendió el traslado de un centro para rehabilitación de incapacitados físicos y otro de servicios de salud mental. También se recortaron las prestaciones de enfermería y hospital .

c) Hospital Edinburgh Royal, PFI, Escocia

El hospital se construyó sin luces en los quirófanos. El terreno del hospital situado en la ciudad se vendió mediante un contrato escandaloso, y el edificio fue construido en un espacio verde de las afueras. El solar está situado sobre una antigua mina y, cuando llueve, las ratas salen a la superficie e invaden el hospital. El elevado gasto del PFI se debe a la disminución de camas generada por una estimación errónea del presupuesto para pacientes agudos. Se han reducido las camas en un 24% así como el resto de los servicios públicos en el distrito sanitario. Muy probablemente será necesario continuar con los recortes y prestaciones públicas para poder enjugar el déficit financiero que ha generado, principalmente, el elevado coste del PFI sanitario. El presupuesto previsto para el personal sanitario del nuevo hospital era un 17% menor que en el público, y el proyecto PFI se planificó con un recorte del 18% en personal.

Los costes de financiación aumentaron del 7 al 14%. El Director del Departamento de Accidentes y Emergencias tuvo que dimitir en 1999, aduciendo que la escasez de camas había hecho imposible su trabajo. Uno de los datos que se manejaron para demostrar que el PFI era rentable fue que la duración del contrato de arrendamiento del edificio sería de 45 años en vez de los 60 habituales .

En esta línea, Dunnigan y Pollock aseguran que es necesario realizar un recorte del 24% de las camas y de los servicios asociados para poder hacer frente a los costes del PFI. Recientemente, se ha

demostrado que el nuevo hospital PFI de Worcester, con un coste de 95 millones de libras, no tenía el número de camas suficiente para responder al aumento de los ingresos en urgencias, y que 800 intervenciones quirúrgicas tuvieron que ser aplazadas, e incluso algunas de ellas realizadas en el sector privado. Otro ejemplo, el proyecto de PFI para el hospital de Calderdale tenía proyectados un total de 614 camas en la primera fase del plan de negocio, pero en la fase del plan definitivo el número de camas se redujo a 553; sin embargo, los costes previstos del proyecto PFI no sufrieron ninguna reducción, con lo que al equiparse menos camas con el mismo presupuesto supuso un beneficio añadido para el consorcio privado del 11%.

En este sentido, en la Royal Infirmary de Edimburgo, la construcción de un nuevo hospital mediante una PFI supuso una reducción de la plantilla del 18%, a lo que se sumó una reducción del nivel profesional y de formación de los que quedaron

La exhaustiva información elaborada por el Departamento de Salud en respuesta a las preguntas de la Comisión Parlamentaria muestra que 84 hospitales PFI están en funcionamiento y hay otros 25 en construcción. El capital total es de 9.000 millones de libras, 4.000 millones más de los aprobados inicialmente, pero el verdadero coste para el NHS es mucho mayor. La cifra que se baraja para el pago total es de unos 18.000 millones de libras, pero sólo hasta 2014, sin haber completado la mitad de los contratos en algunos proyectos. En respuesta a la pregunta parlamentaria de un miembro del Partido Conservador, el coste total se estimó en 53.000 millones de libras.

Por otra parte, la pérdida de beneficios adicionales, derivados de los negocios colaterales que las empresas privadas están realizando (construcción de viviendas en terrenos céntricos de los hospitales que se cierran, explotación de los aparcamientos, tiendas, restaurantes, de los nuevos hospitales, ...), operaciones realizadas en suelo público y que podían haber significado una fuente de ingresos para el sector público en vez de beneficios para los inversores privados, y que, hoy por hoy, representan un aluvión de dinero extra para los concesionarios (un ejemplo, en el hospital de Cardiff, las multas en el aparcamiento llegan hasta las 25 libras). Incluso se ha llegado a intentar utilizar funcionarios en centros privados; en abril de 2000, la Asamblea de Gales se vio obligada a intervenir para bloquear los planes que pretendían trasladar personal de enfermería del hospital de propiedad pública de Glan Clwyd, en Rhyl (País de Gales), al centro privado de Fresenius.

Los riesgos que se busca transferir a cambio del sobre coste son, por una parte, el riesgo de realizar la construcción en el tiempo y forma convenidos (obtención de crédito, construir y equipar) y, por otra, el riesgo de puesta y mantenimiento en función de la instalación con arreglo a unos parámetros de calidad, cuyo incumplimiento conlleva sanciones económicas.

La empresa concesionaria realiza la obra a su propio coste y riesgo, de forma que el inicio de los pagos no se comienza hasta que la entrega del edificio en situación operativa no se ha producido. Por lo tanto, la fase de construcción es la fase de mayor riesgo, dada la complejidad de una construcción hospitalaria. Precisamente la gestión financiera de la brusca disminución de riesgo que se produce al iniciar el funcionamiento es uno de los puntos de mayor obtención de beneficio. El alto margen de ganancia en estas refinanciaciones de crédito al acabar la construcción ha llevado a buscar formas de acuerdo entre los trusts y las PFI para compartir en algún grado el beneficio generado. Esta refinanciación aumentó en algún caso los beneficios del contratista hasta en un 80%. Actualmente los beneficios se reparten teóricamente al 50%. No obstante, los accionistas en varios casos han obtenido una ratio de devolución hasta un 60% mayor respecto del contrato inicial. Existe un tipo de riesgo que, siendo considerable, no se transfiere. Se refiere a posibles cambios en el uso de unos determinados servicios, por incremento o reducción en el uso, sin que esto conlleve forzosamente ajustes de pagos de cuotas de funcionamiento.

Una vez terminada la construcción, el nivel de solvencia del consorcio cambia considerablemente, pasando de BBB a nivel AAA. La consecuencia es que las empresas venden su deuda para refinanciar el proyecto una vez terminada la construcción, y que pueden hacerlo de la forma más beneficiosa. Para el sector privado, representa un “beneficio no previsto” ya que, hasta finales de 2002, el organismo del sector público estaba obligado a respetar el contrato inicial y tenía que continuar pagando como si el riesgo del proyecto siguiera siendo mucho más elevado para el socio privado de lo que en realidad era. La normativa actual para nuevos proyectos establece que los beneficios derivados de la refinanciación deben ser repartidos a partes iguales. Sin embargo, las empresas continúan teniendo importantes ganancias: la refinanciación de la sociedad creada para la explotación del Hospital Norfolk and Norwich (Octagon Healthcare) ha comunicado 4,1 millones de beneficio neto para Serco, uno de sus accionistas.

Existe una preocupación añadida, y es la existencia de un mercado secundario en el que los inversores iniciales pueden vender las participaciones de capital y obligaciones, adquiridas mediante contratos PFI, a otros inversores tales como compañías de seguros o fondos de pensiones que, posteriormente, adquieren los derechos a los flujos de renta, que están prácticamente garantizados durante la duración del contrato. Un ejemplo: en noviembre de 2003, Carillion vendió a Barclays Capital el 30% de las acciones que tenía en el hospital Darent Valley, lo que le permitió obtener un beneficio único de 11 millones de libras. Aunque este tipo de operaciones aporta nuevo capital al mercado del PFI y posibilita la realización de nuevos proyectos, es muy difícil averiguar a quién pertenecen los elementos activos públicos y, por tanto, proceder a una evaluación de optimización de recursos .

Una de las razones esgrimidas a favor de la PFI es el ya comentado value for money, que defendía que el precio de dicho modelo a pagar por el erario público era menor. Sin embargo los costes reales de los primeros 14 hospitales PFI se incrementaron una media del 72 % respecto al presupuesto inicial (Greenwich: de 35 a 93 millones de libras; UCLH Londres: de 115 a 404 millones; Leicester: de 150 a 286 millones; Tees: de 65 a 122 millones; Swindon: de 45 a 96 millones). Las inversiones para construir los hospitales de North Durham, Carlisle y Worcester incrementaron cerca del 29 % el presupuesto total inicial.

En aquellas situaciones en que la empresa concesionaria de una infraestructura se ha mostrado incapaz de hacer funcionar o mantener la infraestructura al precio pactado, el sector público ha rescatado el servicio, incurriendo en nuevos costes, ya que es el garante de la prestación de los servicios esenciales . Y éste, que es sin duda el riesgo más evidente y cuantioso, es también el menos contabilizable.

Un buen número de estudios y verificaciones clínicas han establecido la relación entre las epidemias de IASS y la falta de personal, el incremento de la carga de trabajo, el elevado absentismo y la fuerte tasa de rotación . Varios estudios han establecido igualmente la relación entre el aumento de los casos de IASS y el agravamiento de las consecuencias para los pacientes, por una parte, y el recurso acrecentado a personal temporal, una formación inadecuada y una supervisión mediocre del personal de mantenimiento, por la otra .

En Escocia, a continuación de una encuesta hecha en 74 hospitales, el controlador general ha dicho que la calidad de la limpieza probablemente era la causa de la falta de tiempo y de experiencia del personal que conoce mal los hospitales . La subcontratación comporta recortes de personal, reducción de salarios y de las ventajas sociales, un incremento de los turnos de personal, una degradación de la formación y un corte en las relaciones entre los servicios clínicos y los servicios de apoyo . El controlador general de Escocia ha revelado que después de un control realizado en 2003 a 74 hospitales que, en los hospitales que han confiado su mantenimiento a subcontratistas en detrimento del personal interno, el número de horas de mantenimiento es inferior, la vigilancia y supervisión son inferiores, el recurso al personal suplente es más frecuente y la calidad de la limpieza es inferior . Después de 15 años de subcontratas en Gran Bretaña, el número de encargados de mantenimiento ha caído desde casi 100.000 a 55.000 . La epidemia de enfermedades infecciosas y las preocupaciones relativas al lamentable estado de limpieza

de los hospitales han levantado la indignación pública , lo que ha dado lugar a un aumento considerable de los gastos empleados en el mantenimiento de los hospitales e incluso a la eliminación de la subcontrata en ciertos territorios con capacidad .

El gobierno escocés ha anunciado en octubre de 2008 su intención de parar e invertir la privatización del trabajo de mantenimiento de los hospitales de aquí a tres años, en el cuadro de una campaña agresiva contra las IASS. En una carta dirigida a todos los directores de hospital del país, el secretario de Estado escocés ha declarado que el suministro de los servicios de mantenimiento y los servicios alimenticios jugaba un papel crucial en la prestación de servicios clínicos. Ha añadido que el gobierno escocés tenía el convencimiento que NHS Escocia debía sin embargo asumir la responsabilidad de la prestación directa de estos servicios en todo lo posible.¹⁰³ En Julio de 2008, el gobierno laborista galés ha anunciado su intención de poner término a la subcontratación del mantenimiento de los hospitales y devolver este trabajo a los internos . En Irlanda del Norte, la amplia mayoría de los servicios continua haciéndose internamente. Los adeptos de la subcontratación del mantenimiento de los hospitales invocan comparaciones dudosas con los servicios “hoteleros” para justificar las privatizaciones. La evidencia ha mostrado que el nivel de competencias, responsabilidades y condiciones de trabajo del sector hospitalario difieren bastante de los del sector hostelero .

Un repaso a los intereses económicos privados en el sector de la asistencia sanitaria.

Un importante acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC) se ha constituido como grave amenaza al futuro de los servicios públicos de salud: el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS). Este Acuerdo amenaza la existencia de los servicios públicos de salud, tanto en los países en desarrollo como en los industrializados, presionándolos a que abran sus sectores de servicios al comercio internacional²⁷ . Así se afecta el derecho universal a los servicios que la gente siente en cuanto a los públicos, incluidos los de salud. La aplicación de prácticas comerciales y empresariales en el sector de salud hace que esos servicios sean vulnerables a que se les considere como actividad de negocio y, por consiguiente, sujetos a las mismas exigencias de abrirse a la competencia con empresas internacionales.

Existen cuatro tipos principales de actividad de las empresas multinacionales de la salud:

- a) Seguros de enfermedad
- b) Servicios de salud y asistencia de salud
- c) Servicios de laboratorio y diagnóstico
- d) Servicios de apoyo y de administración de instalaciones

El documento de la PSIRU sobre Inversiones privadas en servicios de salud, marzo de 2002, contiene una exposición de los lazos entre el capital de riesgo, inversionistas de capital privado y empresas multinacionales de servicios de salud.

Algunas de las empresas multinacionales que desarrollan su actividad en alguno de los referidos cuatro segmentos del sector de asistencia sanitaria son :

- a) Seguros: ING/Aetna, Cigna
- b) Servicios asistenciales de salud: Capio, Générale de Santé, HCA, Parkway Holdings, UnitedHealth

- c) Servicios de diagnóstico y laboratorio: Quest Diagnostics, Unilabs, Euromedic
- d) Servicios auxiliares y de administración de establecimientos: Compass, ISS, Rentokil-Initial, Sodexho
- e) Servicios integrados verticalmente: Adeslas, BUPA, Medcover, Fresenius

a) Seguros:

Aetna International, una compañía de seguros estadounidense que cuenta con una división internacional, fue absorbida por la ING, suministradora mundial de servicios financieros, en 2000. La ING tiene actividad bancaria, de seguros y administración de activos en 65 países de todo el mundo. La ING ofrece seguros de vida y pólizas de jubilación, lo mismo que seguros de enfermedad, accidentes y discapacidad en varios de sus mercados en Europa, Asia y las Américas.

Los servicios financieros e internacionales de Aetna se han integrado en la ING Europe, ING Américas e ING Asia/Pacific. ING Europe se considera como la región más importante. Tiene actividad en Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Alemania, Francia, Suiza, Reino Unido, Italia, España y Grecia, y en la República Checa, Polonia y Hungría.

Firmemente establecida en Países Bajos y Bélgica, ING Europe está expandiendo sus actividades más aún. Considera que los sistemas de seguridad social europeos son débiles debido a los costos cada vez mayores y al envejecimiento de la población, lo cual significará nuevas oportunidades para los suministradores de seguros .

CIGNA International forma parte de la CIGNA Corporation y ofrece seguros de vida y de enfermedad y prestaciones para los asalariados. Sus productos de seguros incluyen prestaciones médicas aprobadas por el gobierno y son una alternativa, o suplemento de los programas gubernamentales. Los seguros de enfermedad comprenden seguros de vida y de atención médica que se suscriben a través de programas de prestaciones colectivas, además de seguros de atención médica, incluidos los que están bajo gestión comercial, vendidos directamente a individuos.

Entre los tipos de seguros suplementarios abarcan la muerte por accidente y la protección médica, de hospitalización y de ingresos. Los seguros de enfermedad y afines se distribuyen a través de comisionistas y agentes independientes y de centros de comercialización de la CIGNA . El informe financiero anual de CIGNA del 2001 establecía que “CIGNA se propone alcanzar el crecimiento internacional mediante adquisiciones, empresas en participación y otras inversiones”.

b) Servicios asistenciales:

Un ejemplo de inversiones financieras suecas en servicios de salud es la Capio, que cotiza como empresa independiente en la bolsa sueca desde fines del año 2000. Antes llamada Bure healthcare, era de propiedad del grupo financiero Bure. La principal actividad de Capio AB son los servicios de salud en Escandinavia y otros países europeos. La empresa opera a través de las siguientes divisiones: Servicios de salud: hospitales, tratamiento ambulatorio y psiquiatría; Servicios diagnósticos: servicios de laboratorio y radiología; Servicios geriátricos: atención a los ancianos. Éstas son áreas importantes de expansión de los suministradores del sector privado, incluidas las multinacionales, en los servicios de salud.

Capio trabaja actualmente en Suecia, Noruega, Dinamarca, el Reino Unido, Suiza y Polonia. Con la adquisición del Community Hospitals Group en el Reino Unido (actualmente Capio UK division), sus

actividades fuera de Suecia generan más ventas que dentro de Suecia (Capio, Informe anual de 2001). Capio se está convirtiendo además en una empresa principal en los campos de la medicina de laboratorio y de asistencia oftálmica. Los clientes son las administraciones provinciales de servicios básicos, los municipios y las empresas privadas, lo mismo que compañías de seguros públicas y privadas que compran servicios de salud. Los hospitales de Capio y otras unidades asistenciales en Suecia trabajan bajo contrato con las autoridades públicas. Los servicios de salud se prestan según condiciones iguales, con el cobro de los mismos derechos a los pacientes y siguiendo las mismas normas de prioridad que los servicios de salud públicos. Anualmente, Capio lleva cabo más de 2 millones de consultas médicas, 8 millones de análisis de laboratorio y 500.000 radiografías.

El Grupo Capio comprende unas 150 unidades con un total de 10.000 empleados, de los cuales 2.000 son médicos. Capio considera las relaciones público-privadas en los servicios de salud como factor importante para el futuro crecimiento del sector asistencial privado. Ha definido un papel cada vez más importante del sector privado en la prestación de servicios al sector público de salud en los Países Nórdicos y el Reino Unido. Capio es consciente de algunas diferencias entre países, por ejemplo, entre el Reino Unido y Alemania, en cuanto a la diversidad de las funciones del sector privado de servicios de salud, y está dispuesta a aprovechar las oportunidades que se presenten. Entre las recientes adquisiciones de Capio se cuentan: unidades de radioterapia en Noruega y Finlandia, hogares de ancianos y atención geriátrica en Suecia y el Community Hospitals Group del Reino Unido.

Establecida en 1987, Générale de Santé es una de las principales empresas de salud de Francia; explota hospitales y clínicas en Francia, Italia, Portugal y Canadá. Se inscribió en la bolsa francesa en junio de 2001. La empresa tiene una plantilla de más de 15.000 personas y más de 3.800 médicos particulares a su servicio. Es propietaria de un total de 168 clínicas, 149 de ellas en Francia, con 17.269 camas. Abarca el 10% del mercado privado de los servicios de salud del país.

En Canadá, donde trabaja con el nombre de Générale des Services Santé, explota seis clínicas, 10 hogares para pacientes con enfermedades crónicas y servicios de asistencia a domicilio y servicios de hotel-hospital. A través de su subsidiaria canadiense ha invertido en atención médico-sanitaria en Venezuela y Chile. Générale de Santé adquirió 9 clínicas nuevas en Francia en 2001. En abril de 2002, vendió los edificios del hospital privado Jean-Mermoz en Lyon, que están actualmente en construcción, a Mutavie, una subsidiaria de la compañía de seguros francesa Macif. “La venta de los edificios y terrenos refleja la estrategia de Générale de Santé, consistente en concentrar los recursos financieros en la actividad fundamental de servicios de salud, lo que permite al grupo contar con fondos para financiar su crecimiento planificado mediante adquisiciones”.

En 2001, la HCA explotaba 184 hospitales de su propiedad (172 generales, de urgencias, 6 psiquiátricos y 6 hospitales incluidos en empresas en participación) y 79 centros quirúrgicos independientes. Éstos estaban situados en 24 Estados federados de EE.UU., en Inglaterra (6 hospitales) y en Suiza (2 hospitales). Desde 1997 ha reducido el número de hospitales en el 42% (144) y el de centros quirúrgicos en el 48% (71). Vendió la mayor parte de sus servicios de asistencia a domicilio y de sus activos no esenciales. Además transfirió activos de los LifePoint Hospital y Triad Hospital para crear 2 empresas inscritas en la bolsa que explotan 57 hospitales. En diciembre de 2000, la HCA concluyó la venta de 116 edificios de oficinas de servicios médicos a MedCap Properties. En mayo de 2000 Columbia/HCA cambió su nombre por el de HCA – The Healthcare Company, y en 2001 por el de HCA Inc. La HCA sigue siendo objeto de investigaciones del gobierno y litigios por sus prácticas comerciales, en relación con las instituciones Medicare y Medicaid. En diciembre de 2000 la HCA suscribió un Acuerdo de integridad empresarial con la OTG, estructurado con la finalidad de garantizarle al gobierno federal el cumplimiento de las normas de Medicare. En marzo de 2002 se concluyó un acuerdo con el Center for Medicare and Medicaid Services, sujeto a la aprobación del Ministerio de Justicia. La HCA sigue siendo objeto de acción judicial presentada por pacientes y accionistas.

Parkway Holdings Limited es propietaria y explota hospitales privados y suministra servicios de salud. Incorpora los hospitales de la cadena Gleneagles. Además posee y administra clínicas médicas y radiológicas; comercia en artículos y equipos y médicos y productos de asistencia médico-sanitaria; contrata cirujanos odontólogos y administra clínicas odontológicas; proporciona centros de investigación clínica y amplios servicios diagnósticos de laboratorio, y actúa como empresa de cartera y comercio. Parkway Holdings Ltd. explota hospitales en Singapur, Malaysia, Indonesia, Sri Lanka, India y, hasta agosto de 2001, en el Reino Unido. La actividad de servicios de salud del grupo pertenece y es administrada por la subsidiaria Parkway Group Healthcare Pte Ltd, de entera propiedad suya. Esa actividad incluye el Shenton Medical Group, uno de los principales centros de atención general de Singapur; Medi-Rad Associates Ltd., el que cotiza en Sesdaq y es una de las principales empresas de radiología de la región, y la Parkway Laboratory Services Ltd, una importante suministradora de servicios de laboratorio en el ámbito regional que también cotiza en Sesdaq. Estas dos últimas subsidiarias se estaban privatizando en abril de 2002, dos años después de su adquisición.

El grupo suministra además servicios de investigación por contrato a través de la subsidiaria Gleneagles Clinical Research Centre Pte Ltd, que sirve a las necesidades de investigación de médicos, empresas farmacéuticas multinacionales, empresas contratistas de investigación y compañías biotecnológicas de Asia. La empresa compró el 70% de Pulau Pinang Clinic Sdn Bhd en 2000. Esta adquisición siguió a la del interés restante en la Westfront Pte Ltd., y la Shenton Family Medical Clinics Pte Ltd. en 1999. En 1998 compró la Cavendish Clinic Ltd., y en 2002 inició la expansión de sus redes de medicina general .

UnitedHealth Group Incorporated proporciona servicios de salud y afines a compradores y suministradores en todos los EE.UU. La empresa ofrece además asistencia y productos especializados de salud bajo gestión comercial a los empleadores, grupos de asalariados, aseguradoras, administradores de organización de mantenimiento de la salud y otros suministradores de servicios de salud. Establecida en 1974, Charter Med Incorporated fue fundada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud. En 1977 fue creada la United Health- Care Corporation y adquirió la Charter Med Incorporated. En 1998, United HealthCare Corporation se dio a conocer con el nombre de UnitedHealth Group. UnitedHealth se reestructuró en 1998 después de fracasar su plan de comprar la competidora Humana Inc. Organizó cinco divisiones de actividad: United- Healthcare, Ovations, Uniprise, Specialized Care Services e Ingenix. En 1999 la empresa llegó a ser la primera organización de mantenimiento de la salud para dejar de exigirles a los pacientes que obtuvieran la autorización de asistencia médico-sanitaria antes de consultar a un médico, ganando cierta ventaja sobre el mercado de mantenimiento de la salud. UnitedHealth se ha concentrado recientemente en clientes autofinanciados en grandes entidades empleadoras y empresas medianas. La empresa administra: a) United Healthcare, que suministra servicios de salud y coordina servicios de salud y bienestar coordinados mediante redes por cuenta de empleadores locales. Aquí se incluye United Healthcare International, una división del UnitedHealth Group. UnitedHealthcare International ha creado compañías administradoras de programas de salud en todo el mundo para administrar servicios de salud locales. También proporciona acceso a aseguradoras internacionales y fondos para viajeros y visitantes en EE.UU., residentes temporales y personas que van a EE.UU. para recibir tratamiento médico; b) Ovations, que satisface necesidades de atención de salud y bienestar de personas mayores de 50 años; c) Uniprise satisface las necesidades de asalariados y familias en más del 25% de las 500 grandes empresas clasificadas por Fortune; d) Specialised Care Services incluye varias actividades que abarcan información médico-sanitaria, trasplantes, odontología, servicios ópticos y seguros; e) Ingenix - Integrated Pharmaceutical Services provee a las industrias farmacéuticas y biotécnicas con desarrollo de fármacos en el ámbito mundial y servicios mercadotécnicos. Unitedhealth Group cuenta además con una división de capital de riesgo, UnitedHealth Capital, que invierte en servicios de salud y empresas tecnológicas en fase incipiente .

c) Servicios de diagnóstico y laboratorio:

Quest Diagnostics es una empresa de análisis de laboratorio que ofrece análisis diagnósticos a pacientes, médicos e instituciones de asistencia de salud a través de una red de laboratorios. Quest realiza análisis

rutinarios: del colesterol de la sangre, citología, análisis de VIH, de embarazo, de abuso del alcohol y de otras sustancias. Además ofrece pruebas altamente especializadas que abarcan análisis menos frecuentes en endocrinología, genética, inmunología, microbiología y oncología. Quest Diagnostics fabrica conjuntos de instrumentos para pruebas altamente especializadas. Además administra dos centros de análisis clínicos, en EE.UU. y en Reino Unido, y trabaja en asociación con dos centros de Australia y Sudáfrica. Quest es propietaria de uno de los mayores laboratorios privados en el Reino Unido, que fue creado en cooperación con un fondo fiduciario y hospital del NHS. En México, Quest tiene tres laboratorios y suministra servicios de análisis en todo el país. Además hay un centro en Brasil y Quest tiene el propósito de establecer en el país servicios adicionales de laboratorio. Quest ofrece, por otra parte, servicios de pruebas altamente especializados al Nichols Institute, que se ocupa en pruebas clínicas y tiene actividad en todo el mundo. Quest Diagnostics tenía plantillas de un total de 29.000 personas en 2001, la mayoría de ellas en EE.UU. Quest absorbió en 2000 los laboratorios clínicos de la empresa SmithKline Beecham. También adquirió los American Medical Laboratories y los Unilabs (California). Recientemente estableció una alianza con Roche Diagnostics para desarrollar análisis médicos basados en genes (Quest Diagnostics SEC, 2001). En el Reino Unido, Quest estaba sosteniendo en 2001 en negociaciones sobre un laboratorio interdistrital en Manchester, que, aunque no tuvieron éxito, eran indicativas del interés en las nuevas estructuras de laboratorios en el NHS. Estas adquisiciones y alianzas recientes muestran los intereses comunes de las divisiones de laboratorio de las empresas farmacéuticas y las especializadas en pruebas diagnósticas. La creciente demanda de pruebas altamente especializadas, incluidas las de genes, abren oportunidades de expansión. Se trata de pruebas costosas que requieren equipos y personal de alta tecnología.

Unilabs SA es una empresa especializada en pruebas clínicas de laboratorio prescritas por médicos, hospitales públicos o privados y otros laboratorios clínicos. Tiene su sede principal en Suiza y actividad en Francia, España, Italia y Rusia. Desde 2000, Unilabs ha adquirido varios laboratorios en Francia y España. En Francia ha adquirido varias compañías regionales de análisis de laboratorio. En España, sus laboratorios tienen contratos exclusivos con importantes fondos de salud para suministrar análisis de laboratorio especializados a un hospital universitario grande situado en Madrid, la Fundación Jiménez Díaz. Con ella estableció Unilabs recientemente una cooperación. También tiene contratos de servicios de análisis médicos con otros dos grupos de hospitales de España, uno en Madrid (Hospital Oftalmológico Internacional) y el otro en el sur del país (Jerez Andalucía).

Euromedic Diagnostics BV e International Dialysis Centre BV son subsidiarias de propiedad 100% holandesa de Euromedic International NV, una sociedad de cartera del grupo. Euromedic explota centros de diagnóstico por la imagen en Hungría y Polonia, y centros de hemodiálisis en Polonia y Bosnia. En Hungría tiene 7 centros de diagnóstico por la imagen que reciben 20.000 pacientes por mes. Las 100-150 personas al servicio de ellos, principalmente médicos, son empleadas en Hungría. En Polonia, Euromedic tiene 3 centros de diagnóstico por la imagen y 3 dentro de hemodiálisis, que reciben 2.500 pacientes por mes. En Bosnia, tiene un centro de hemodiálisis al que acuden 230 pacientes mensuales. Euromedic ha recibido un préstamo de USD 13 millones de la CFI para financiar un programa de expansión de USD 33 millones en Europa Central y Oriental. Entre los otros accionistas se cuentan GE Equity –la rama de capital privado en acciones de GE Capital-, el fondo de capital privado en acciones Dresdner Kleinwort Benson, Global Environment Fund, RPM Partners, una inversora privada holandesa e inversionistas privados bajo la administración de Euromedic. Uno de los directores no ejecutivos de Euromedic (Janusz Heath) es el jefe de Dresdner Kleinwort Benson en Europa Central y Oriental.

d) Servicios auxiliares y de administración:

El Grupo Compass es la Segunda empresa del mundo en suministro de comidas (después de la Sodexo Alliance), con actividad en más de 70 países. Suministra comidas por contrato, y tiene concesiones en aeropuertos, hospitales, áreas de descanso y escuelas. Compass explota además unos 5.000 restaurantes, como el Upper Crust y el Ritazza, y tiene la franquicia de diversos establecimientos de Burger King y TGI Friday. La empresa suministra además comidas a empresas como France Telecom,

Ford e IBM. En 2000 Compass se fusionó con la gigantesca empresa de hospitales británica Granada Group. Pero la nueva Granada Compass decidió abandonar la fusión y el Compass Group volvió a cotizarse públicamente en la bolsa. Compass vendió entonces la cadena de hoteles Le Méridien, que le quedaba, a la inversora japonesa Nomura International. En abril de 2001 Compass adquirió la Morrison Management Specialist Inc, la segunda empresa de suministro de comidas para servicios de salud de EE.UU. En agosto de 2001 adquirió el Crothall Services Group, que proporciona administración doméstica, servicios de portería y lavandería en el sector de la salud en EE.UU. Estas dos adquisiciones han fortalecido la posición de Compass en el mercado de servicios de salud .

International Service Systems ISS es una empresa danesa que ofrece servicios en establecimientos, incluidos los de limpieza, suministro de comidas y servicios para hospitales y hogares geriátricos. Tiene actividad en una serie de campos y trabaja a través de las siguientes divisiones: Limpieza y mantenimiento: limpieza de oficinas para los sectores público y privado; Servicios para el sector de la salud, orientados a hospitales y otras instituciones del sector de la salud; Servicios para la industria de productos alimenticios; Servicios para aeropuertos. Entre otros campos de actividad se cuentan: servicios de cantinas y suministro de comidas; servicios energéticos e industriales de alta tecnología; servicios a inmobiliarias; servicios asistenciales y servicios de reparación de daños.

International Service Systems ISS A/S tiene más de 259.739 empleados y empleadas en todo el mundo . Los servicios a establecimientos representan el 87% de las ventas. Los servicios a hospitales, el 14%. Más del 80% de las ventas a hospitales se realiza en Europa. Los servicios a hospitales de ISS en Europa están repartidos así: Alemania 30%, Reino Unido 29%, Países Bajos 6%, Europa Central 5%, Dinamarca 5%, Suiza 5%, Francia 4%, Suecia 4%, Bélgica 3%, otros 9%.

La ISS ha hecho un gran número de adquisiciones en los últimos años. En el sector de la salud ha adquirido diversos establecimientos geriátricos y médicos; pero en algunos casos ha vendido adquisiciones recientes en el campo de los servicios de salud. La división CarePartner, que proporciona establecimientos médicos y asistencia geriátrica en Dinamarca, Suecia, Noruega y Finlandia.

Sodexo es una empresa francesa que, como la ISS, suministra servicios –de limpieza, de comidas- a toda una gama de ramos, incluido el de la salud. Proporciona diversos servicios a hospitales y hogares geriátricos. Esos servicios pueden incluir los de comida, limpieza, administración doméstica, mantenimiento de edificios y administración de personal paramédico. Los servicios prestados en el ámbito de la salud responden del 18% de los ingresos de la empresa. Sodexo tiene una plantilla de más de 313.469 personas en todo el mundo, el 45% de ellas en Europa. En Europa, Sodexo tiene contratos con el sector de la salud en Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, España, Suecia y el Reino Unido. También tiene contratos con proveedores de servicios geriátricos en Austria, Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, España, Suecia y el Reino Unido. Sodexo ve oportunidades en los contratos en sitios múltiples y de multiservicios a escala mundial. Está desarrollando formas de cooperación con organizaciones del sector público y del privado, a fin de suministrarles servicios. En el sector de la salud del Reino Unido, Sodexo ha participado en varias Iniciativas de financiación privada de construcción y administración de hospitales. Ha sido criticada de modo severo por su bajo nivel de higiene en la Glasgow Royal Infirmary .

Rentokil Initial es una compañía de alcance mundial en el sector de servicios auxiliares. Activa en más de 40 países, Rentokil-Initial suministra servicios de higiene, personal, lucha contra las plagas, inmuebles, seguridad y transporte. Rentokil es la marca que usa la empresa para servicios de limpiezas industriales, ordenación paisajística, lucha contra las plagas y cuidado de inmuebles. El nombre Initial lo usa para el servicios de suministro de comidas, supervisión electrónica, uministro de personal médico y limpieza de hospitales, lo mismo que la administración de estaciones climáticas y suministro de textiles . La actividad está estructurada en dos áreas de servicios: Específicos (Focus) y Múltiples (Bundling). Focus se encarga de los servicios de higiene, seguridad, lucha contra las plagas, plantas tropicales, conferencias y entrega

de paquetes. Bundling es la actividad de administración de establecimientos, que ofrece conjuntos de multiservicios a grandes empresas. Rentokil-Initial trabaja en más de 40 países de Europa, Norteamérica, Asia-Pacífico y África.

e) Servicios integrados verticalmente:

Adeslas es una empresa española de servicios de salud que explota tanto la actividad de seguros de enfermedad como la de asistencia médico-sanitaria. Está especializada en la producción, administración y distribución de pólizas de seguro de enfermedad. Tiene aprox. 1,5 millones de miembros y abarca el 25% del mercado español de seguros de enfermedad. Administra directamente 11 clínicas y hospitales con más de 1.000 camas. Adeslas asumió la administración del Ribera Public Hospital de Valencia en 1998. Fue un intento inicial del gobierno regional de privatizar los hospitales públicos. Ha habido reducciones del personal y una merma de la calidad de servicio desde que Adeslas empezó a administrar el hospital. Adeslas es de propiedad de Aguas de Barcelona, una compañía de agua y tratamiento de desechos. En 2000, cuando trabajaba como sociedad de cartera española BBV Adeslas Salud, Adeslas compró, en sociedad con otra sociedad de cartera española, la BBVA Banco Francés, dos clínicas, Santa Isabel y Azterrica, y abrió nuevos servicios de salud, la Euromédica, con una plantilla de más de 800 personas. Euromédica es el resultado de una fusión de tres centros médicos de Buenos Aires: OMAJA, Clínica Santa Isabel y Bazterrica. Adeslas ya es propietaria de clínicas en Argentina.

BUPA (British United Provident Association Ltd) es una empresa especializada en servicios de salud internacionales. Establecida en el Reino Unido en 1947, ofrece seguros de enfermedad y servicios de salud a casi 4 millones de personas y 40.000 empresas en 180 países de todo el mundo. Tiene oficinas en Irlanda, Hong Kong, Arabia Saudí, España, Tailandia, Singapur, Malaysia y Australia. BUPA es una asociación de previsión sin accionistas. Todas las ganancias se reinvierten en la empresa. En Hong Kong, BUPA Hong Kong ha establecido toda una gama de programas de seguros de enfermedad desde 1976, proporcionando seguros a más de 145.000 personas y más de 1.500 empresas. BUPA Middle East, establecida en 1997, es una empresa en participación entre la BUPA International and y el Nazer Group, una importante empresa saudí que tiene intereses en los servicios de salud, la informática, el comercio minorista y la ingeniería electromecánica. BUPA Middle East ha establecido su red de unos 190 hospitales y clínicas con mecanismos de cobro directo, a fin de proporcionarles a los miembros máxima flexibilidad y cobertura en todo el país. En España, BUPA es propietaria de la organización de servicios de salud Sanitas. En Tailandia, Blue Cross se asoció con BUPA en 1996 para constituir la BUPA Blue Cross, la mayor empresa de seguros de enfermedad de Tailandia. En 2001, BUPA concluyó un trato para adquirir empresas de atención primaria en Australia, Malaysia, Hong Kong y Singapur. BUPA es la mayor empresa privada de seguros de enfermedad británica; tiene intereses cada vez más importantes en hospitales, clínicas de convalecencia y hogares de jubilados, y guarderías. Con un 40% del mercado de seguros de enfermedad privados del Reino Unido, la empresa cubre unos 4 millones de personas en el país, donde además tiene unos 40 hospitales, más de 30 centros de reconocimiento médico y cerca de 230 hogares de jubilados y de asistencia. Además ha entrado en el mercado de puericultura con Children@work, ofreciendo servicios de guardería a empleadores y de niñeras a individuos.

Medicover fue establecida en 1995 por Oresa Ventures, una empresa sueca de capital de riesgo. Medicover ofrece a sus clientes tanto seguros de enfermedad como un sistema de servicios de salud. Emplea directamente a la mayor parte de los médicos a su servicio y suministra atención médico-sanitaria en sus propios establecimientos. Ofrece servicios prepagados en Polonia, Rumania, Hungría y Estonia. Ofrece seguros de enfermedad a empresas e individuos, servicios de salud en 20 centros de atención atendidos por médicos y enfermeras empleados por la empresa, y establecimientos de atención dentro de grandes empresas. Aunque es un proyecto originalmente apoyado por la financiera de capital de riesgo Oresa Ventures, Medicover ha logrado tanto éxito que Oresa Ventures dejó de invertir en nuevas iniciativas. Oresa Ventures está cediendo actualmente sus otras inversiones. A consecuencia de la nueva orientación de la empresa, cambió su nombre por el de Medicover y se convirtió en compañía de servicios de salud.

Fresenius es una empresa integrada de atención renal. Ofrece equipos de diálisis, productos y servicios renales a través de cuatro divisiones: Fresenius Medical Care, Fresenius Kabi, Fresenius ProServe y Fresenius Hemo-Care. Fresenius AG tiene actividad en Asia, Europa, América Latina y Norteamérica. Norteamérica y Europa son las principales áreas de ventas, con el 57% y 32% del total, respectivamente. América Latina y Asia-Pacífico responden del 5% y 6%, respectivamente. Fresenius ya ha empezado a ofrecer tratamiento de otras enfermedades de los pacientes.

¿Crisis de la PFI?

Podría esperarse que, en respuesta a la recesión, aumentase la demanda de PFIs por parte de los gobiernos, porque son una forma de construir infraestructuras, limitando, al mismo tiempo, el aparente déficit gubernamental oficial. Sin embargo, la crisis de crédito significa que los bancos y los inversionistas son mucho más reacios a prestar dinero a las empresas privadas. En consecuencia, las empresas son prácticamente incapaces de obtener préstamos para financiar las PFIs. En el momento actual es muy evidente que, en un futuro previsible, se van a firmar muy pocos contratos de PFIs y que los PFIs ya existentes se van a ver afectadas por la incapacidad de refinanciar sus deudas originales y por los menores ingresos debidos a la caída de la demanda.

Una revisión general, en Diciembre de 2008 por parte de PriceWaterhouseCoopers (PWC) apreciaba que las tasas de interés para los préstamos para proyectos de infraestructuras habían aumentado alrededor de 1,5 ó 2% por encima de los tipos mínimos que los gobiernos podían obtener, e incluso más en los países en desarrollo.

El ritmo de creación de PPPs en el Reino Unido, en el que la mayor parte de ellos eran del modelo de las Iniciativas de Financiación Privada (PFI), ha descendido claramente. En 2008 sólo se firmaron 34 nuevos proyectos de PFI, el número más bajo desde 1997. Una PPP para un tramo de 11 millas de autopista se ha firmado en Enero de 2009, pero dependiendo principalmente de un banco del sector público, el Banco Europeo de Inversión (EIB), aceptó proporcionar más de la mitad de la financiación. Incluso un asesor financiero implicado en el trato dijo que era “notable” y “contra todo lo habitual en los actuales mercados financieros”. Andy Rose, director ejecutivo de la unidad de Iniciativas de Financiación Privada (PFIs) del Reino Unido dijo en Noviembre de 2008 que los proyectos de tipo PFI no pueden seguir dependiendo de sus métodos previos de lograr financiación mediante obligaciones y ahora tienen que depender de empréstitos bancarios que sólo se obtienen en condiciones mucho peores.

La Corporación Financiera Internacional (IFC), la rama financiera del sector privado del Banco Mundial, cree que la restricción de crédito hará en el futuro incluso más difícil aún financiar PFIs.

Unas últimas consideraciones

La introducción del mercado en países occidentales no ha supuesto ni la mejora de los sistemas, ni de los problemas que se pretendían solucionar (listas de espera, reducción del gasto...). El PFI incluye y favorece un compromiso ideológico para fomentar el papel del mercado y del comercio en los servicios públicos así como para convertir a éstos en compradores de servicios en vez de en propietarios de activos. El PFI generó excelentes ocasiones para acumular capital. Las empresas de los sectores financieros, construcción y gestión de instalaciones se han aprovechado de esta política.

El poder político del sector privado ha aumentado de forma paralela a como lo ha hecho su creciente participación en el presupuesto del NHS. Se ha aupado a puestos importantes dentro del Ministerio de Sanidad a los ejecutivos de este sector y los altos funcionarios del Ministerio han pasado a ocupar los altos puestos de la industria de la sanidad privada .

La sanidad está en vías de considerarse de nuevo un bien de consumo, la famosa ley de la “Atención Inversa” de Julian Tudor Hart, que dice que la cantidad de atención a la que se tiene acceso es inversamente proporcional a la que se necesita, se aplicará de nuevo.

**RELATÓRIO
SEMINÁRIO
OBSERVATÓRIO IBEROAMERICANO DE POLÍTICAS DE SAÚDE**

Organização:

- Associação Internacional de Políticas de Saúde
- Federação das Associações pela Defesa da Saúde Pública
- Fundação 1º de Maio
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Colaboração:

Junta de Estremadura.

Mérida (Espanha)

1 de abril de 2001

**RELATORÍA
SEMINARIO
OBSERVATORIO IBEROAMERICANO DE POLÍTICAS DE SALUD**

Organizado por:

- Internacional Association of Health Policy (IAHP)
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)
- Fundación 1º de Mayo
- Centro Brasileiro de Estudos de Saude (CEBES)
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saude (CONASEMS)

Con la colaboración de la Junta de Extremadura

Mérida (España)

1 de abril de 2001

CONFERÊNCIA DE ABERTURA: TENDÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL

Helvécio Miranda Magalhães
Secretário de Atenção à Saúde
Ministério da Saúde do Brasil

O Brasil possui uma extensão territorial de 8,5 milhões de Km² e uma população de 191 milhões de habitantes, que se distribuem em 26 estados, 1 Distrito Federal e 5.564 municípios, todos com autonomia política, fiscal, administrativa e sem vinculação hierárquica.

O maior serviço social do Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS). A organização do serviço fundamenta-se na universalização da atenção, a equidade e a integralidade da assistência. O sistema demanda a participação da população por meio do controle social. O financiamento é responsabilidade dos três níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal). As ações de saúde no SUS ocorrem por intermédio de 64 mil estabelecimentos de saúde e 70% da população utilizam exclusivamente esses serviços públicos de saúde. A cada ano o SUS aplica 130 milhões de vacinas, trata com antiretrovirais 188 mil pacientes e realiza 2,3 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 11,3 milhões de internações e 254 milhões de consultas.

Brasil e Espanha: semelhanças e diferenças em Saúde

Semelhanças:

Os dois países tiveram ditaduras que foram seguidas por textos constitucionais que incluíam a proteção à saúde como direito de cidadania, desvinculando-o do pagamento direto por parte dos usuários. O marco legal baseia-se nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade, da gratuidade e da participação social.

Diferenças:

A gestão do Sistema Nacional de saúde encontra-se mais institucionalizada no Brasil com a atuação das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite, que garantem aos estados e municípios um forte protagonismo no processo gestor do sistema. Na Espanha, essa articulação dar-se-ia por intermédio do Conselho Interterritorial, no qual estão representados os governos das Comunidades Autônomas e não há presença de governos municipais.

O processo de descentralização sanitária foi muito diferente. Na Espanha o processo foi de transferência às Comunidades Autônomas, sem alcançar os municípios. No Brasil, por sua vez, a descentralização implicou no protagonismo dos governos locais/ municipais.

O gasto em saúde *per capita* do setor saúde na Espanha é quase cinco vezes maior do que no Brasil, diferença que é muito maior se considerarmos que o gasto público espanhol equivale a 71% (ou 5,5% do PIB) do gasto total, enquanto que no Brasil é de 45% do gasto total em saúde e cerca de 3,5% do PIB.

Na Espanha as consultas médicas do setor público totalizam cerca de 9 por habitante/ano, enquanto no Brasil não chegam a 4.

O modelo de atenção primária na Espanha possui, como seus elementos orgânicos, médicos de família – a maioria com especialização – exercendo funções de generalista nas áreas de clínica geral, ginecologia e obstetria bem como alguns procedimentos cirúrgicos simples; e pediatras. No Brasil, o percentual de especialistas em Medicina de Família é de apenas 7% do total de médicos de família da Estratégia de Saúde da Família e existe uma grande dificuldade de incorporação de especialistas na atenção primária pelos municípios.

O Cartão Nacional de Serviços de Saúde está definido e incorporado ao modelo espanhol, já no Brasil se consolidou apenas em algumas regiões.

No Brasil não existe um sistema de informação sanitário nem uma base de dados de âmbito nacional.

Em relação à situação de saúde da população as principais diferenças a destacar-se são:

Esperança de Vida

Espanha – para homens 76,2 e para mulheres 83 anos.

Brasil – para homens 64,6 e para mulheres 73,3 anos

Doenças Infecciosas

Espanha – possui taxas muito pequenas

Brasil – apesar dos últimos êxitos ainda tem enormes desafios no controle da dengue, tuberculose e malária.

Mortalidade Infantil

Espanha – 4,1/ 1000 nascidos vivos.

Brasil – 25/ 1000 nascidos vivos

Mortalidade populacional

As doenças cardiovasculares e o câncer são, respectivamente, a primeira e segunda causas de morte em ambos os países. Porém, na Espanha elas representam, em relação ao total de mortes, 33,7% para cardiovasculares e 25,9% para câncer. No Brasil, esses percentuais são de 27,5% e 12,7% respectivamente. Essa situação é explicada pela magnitude de outras causas de mortalidade, pelas diferenças entre as pirâmides etárias dos dois países – com percentuais maiores de idosos na Espanha – e pelo grande volume de causas de morte não identificadas no Brasil.

Diretrizes do Ministério da Saúde no Brasil para o ano de 2011

Promover ações e serviços de saúde com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo adequado e organizar e desenvolver Redes de Atenção à Saúde.

A Rede de Atenção à Saúde (RAES) é definida como uma estrutura organizativa de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por intermédio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado. Ela é composta por um conjunto de organizações, que prevê ação coordenada de uma série de serviços de saúde dirigida uma determinada população e que é responsável por custos e resultados de saúde dessa população.

Normatização das RAES do Brasil:

Art. 198 da CF/88: “As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atenção integral e participação da comunidade”.

Lei nº 8080/90: Art. 7º, inciso II: “(...) integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos (...)” – Art. 10º aponta “arranjos organizacionais para as redes loco-regionais através de consórcios intermunicipais e distritos de saúde como formar de integrar e articular recursos e aumentar a cobertura das ações”

Portaria nº 4279, de 31/12/2010: Estabelece diretrizes para organização das RAES no âmbito do SUS.

Principais motivos para estabelecer a RAES foram:

- a) a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, características de países subdesenvolvidos
- b) os problemas de saúde reprodutiva, com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis
- c) fazer frente ao desafio das doenças crônicas, com sedentarismo, tabagismo, nutrição inadequada e obesidade.
- d) O triplo perfil epidemiológico do país: envelhecimento da população, crescimento das causas externas no rastro do aumento da violência e dos acidentes de trânsito marcam os desafios que o sistema de saúde brasileiro precisa enfrentar.

Lacunas assistenciais e fragmentação de ações e serviços:

- a) financiamento insuficiente, fragmentado e com baixa eficiência no uso dos recursos
- b) configuração inadequada dos modelos de atenção, marcada pela incoerência entre oferta de serviços e necessidades reais da população. O modelo atual não conseguiu reduzir as doenças agudas nem controlar o aumento das crônicas.
- c) fragilidade da gestão, falta de profissionais alinhados com as políticas de saúde e precariedade dos vínculos empregatícios
- d) debilitação dos serviços municipais: escassos esforços para desenvolver a prevenção e a promoção da saúde na atividade cotidiana da atenção à saúde, sobretudo na Atenção Primária.

Considerando os argumentos apresentados, o objetivo geral da implantação das RAES é enfrentar os problemas do perfil epidemiológico brasileiro e os vazios assistenciais que ainda existem no SUS, assegurando ao usuário do sistema de saúde um conjunto de ações e serviços efetivos, continuados, integrais e humanizados.

São objetivos específicos das RAES: superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, promovendo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde, com provimento de atenção contínua, integral, de

qualidade, responsável e humanizada; incrementar o desenvolvimento do sistema em termos de acesso, equidade, clínica e eficiência econômica; e aperfeiçoar o componente político-institucional do SUS.

Características da RAES: relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Primária como centro de comunicações; foco nas necessidades em saúde da população, com oferta de atenção contínua e integral por meio de cuidados de equipes interdisciplinares; compatibilizar os objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos.

Elementos das RAES:

- a) população adstrita a um território em saúde
- b) estrutura operacional, que inclui os pontos de atenção e as relações entre os mesmos
- c) são pontos de atenção de saúde: unidades de atenção primária – centros de comunicação, pontos de atenção secundária e terciária e sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; sistemas transversais que conectam os pontos de atenção, sistemas logísticos e sistemas de governo.

O Ministério da Saúde está priorizando a constituição de três redes temáticas: materno-infantil, urgências e emergências e atenção psicossocial (para o enfrentamento do consumo de crack, álcool e outras drogas)

CONFERENCIA INAUGURAL: TENDENCIA DE LA SALUD EN BRASIL.

Helvecio Miranda Magallanes Júnior

Secretario De Atención A Salud

Ministerio Da Saúde Do Brasil

Brasil tiene una extensión de 8,5 millones de Km² y una población de 191 millones habitantes, que se distribuyen en 26 estados, 1 Distrito Federal, y 5.564 municipios, todos con autonomía política, fiscal, administrativa, y sin vinculación jerárquica.

Cuenta con un *Sistema Único de Salud (SUS)* que es el mayor servicio social del país. La organización de los servicios se fundamenta en la universalización de la atención, la equidad de los servicios, y la integralidad de la asistencia. El sistema demanda la participación de la población por medio del control social. La financiación es responsabilidad de los tres niveles de gobierno (Federal, Estatal y Municipal). La actividad del Sistema Único de Salud se lleva a cabo por 64 mil establecimientos, el 70 por ciento de la población utiliza exclusivamente el SUS. Cada año se aplican 130 millones de vacunas, 188 mil pacientes son tratados con antirretrovirales, y se llevan a cabo 2,3 billones de procedimientos ambulatorios, 11,3 millones de internamientos y 254 millones de consultas.

Brasil y España: Semejanzas y diferencias en Salud

Semejanzas:

Los dos países tuvieron dictaduras, a los que siguieron textos constitucionales que incluía la protección de la salud como derecho ciudadano desvinculado del aseguramiento por contribución. El marco legal se fundamenta en los principios de la universalidad, la integralidad, la equidad, la gratuidad, la participación social.

Diferencias:

La gestión del Sistema Nacional de Salud está más institucionalizada en Brasil con la actuación de las CIT e CIB, teniendo los estados y municipios un fuerte protagonismo en ese proceso. En España, esa articulación se debería realizar por medio del Consejo Interterritorial, en el que están representados los gobiernos de las Comunidades Autónomas, sin presencia de los gobiernos municipales.

La descentralización sanitaria fue muy diferente. En España fue un proceso de transferencia a las CCAA, sin alcanzar a los municipios que sí tuvo en Brasil donde alcanzó a los gobiernos locales que tienen un gran protagonismo.

El gasto sanitario per cápita del sector público de salud en España es casi cinco veces superior al de Brasil, diferencia mucho mayor si consideramos que el gasto público equivale a 71% (o 5,5% do PIB) del gasto total, mientras que en Brasil es del 45% del gasto total de salud y cerca de 3,5% do PIB.

En España las consultas médicas del sector público son cerca de 9 por habitante/año, mientras que en Brasil no llegan a 4.

El modelo de atención primaria en España tiene médicos de familia – la mayoría con especialización – ejerciendo funciones de generalista en las áreas de clínica general, ginecología y obstetricia y en algunas actividades quirúrgicas simples e pediatras como componentes orgánicos do modelo. En Brasil, el porcentaje de especialistas en Medicina de Familia es de apenas un 7% de los que ejercen de médicos de familia no PSF, y hay una gran diversidad de acentuada por la incorporación de especialistas en atención básica en el modelo de atención en los municipios.

La Cartera Nacional de Servicios de Salud está definida e incorporada en el modelo de español, mientras que en Brasil no se ha consolidado todavía excepto en algunas pocas regiones.

En Brasil no existe un *sistema de información sanitaria* ni una base de datos de ámbito nacional.

Con relación a la situación de salud de la población, se destacan como principales diferencias: Esperanza de vida: en España: hombre: 76,2 y mujer: 83 años. En Brasil: hombre: 64,6 y mujer 73,3. Enfermedades Infecciosas: España tiene tasas bien más pequeñas y, a pesar de algunos éxitos en esa área últimamente Brasil aún tiene enormes desafíos en el control dengue, la tuberculosis y la malaria. La Mortalidad Infantil: en España 4,1 y en Brasil en torno a 25 por 1.000 nacidos vivos. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son la primera y la segunda

causas de muerte en los dos países, pero en España las porcentajes con relación al total de muertes son del 33,7% y 25,9%, mientras en Brasil son del 27,5% y 12,7%, respectivamente. Esa situación se explica por las diferentes magnitudes de las otras causas, por las diferentes pirámides de edad de los dos países – con porcentajes mayores de personas ancianas en España – y por el alta porcentajes de causas apenas no identificadas de muerte en Brasil.

Directrices del Ministerio de Sanidad en Brasil para el 2011: Promover acciones y servicios de salud con garantía de acceso equitativo a un atención integral, resolutive, de calidad, humanizada y en tiempo adecuado y organizar y desarrollar *Redes de Atención de Salud*.

La Red de Atención a la Salud (RAES) es definida como estructuras organizativas de acciones y servicios de salud, de diferentes densidades tecnológicas, integrados por medio de sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión que buscan garantizar la integralidad del cuidado. Está integrada por un conjunto de organizaciones que prevé la atención coordinada de una serie de servicios de salud a una determinada población, y que es responsable por los costes y resultados de salud de esa población. *Normativa de la Redes de Atención de Salud de Brasil: Art. 198 de la CF/88:* “Las acciones y los servicios públicos de salud integran una red regionalizada y jerarquizada y constituyen un sistema único organizado de acuerdo con las directrices de descentralización, atención integral y participación de la comunidad”. Ley 8.080, 1990: Art. 7º, inciso II: “(...) integralidad de la asistencia de asistencia, entendida como conjunto articulado y continuo de las acciones y servicios preventivos, curativos, individuales y colectivos (....)”. Art. 10º apunta “arreglos organizacionales para las redes loco-regionales a través de consorcios intermunicipales y distritos de salud como forma de integrar y articular recursos y aumentar la cobertura de las acciones. Portaria 4.279 de 31/12/2010: Establece directrices para organización de la RAS en el ámbito de la SUS.

Los principales motivos para establecer la Red de Atención a la salud fueron:: a) La persistencia de enfermedades parasitarias, infecciosas y desnutrición, características de países subdesarrollados .b) Los problemas de salud reproductiva, con muertes maternas y óbitos infantiles por causas consideradas evitables. c) Poder hacer frente al desafío de las enfermedades crónicas, con sedentarismo, tabaquismo, nutrición inadecuada y obesidad. El triple perfil epidemiológico del país: Envejecimiento de la población, crecimiento de las causas externas en el transcurso del aumento de la violencia y de los accidentes de tráfico, marcan los desafíos a afrontar en Brasil por el sistema sanitario.

Lagunas asistenciales y fragmentación de acciones y servicios : a) Financiación insuficiente, fragmentada y con escasa eficiencia en la utilización de los recursos. b) Configuración inadecuada de los modelos de atención, marcada por la incoherencia entre la oferta de servicios y las necesidades reales de la población. El modelo actual no ha conseguido reducir las enfermedades agudas ni controlar el ascenso de las crónicas. c) Fragilidad de la gestión, falta de profesionales alineados con las políticas de salud y la precariedad de los vínculos profesionales. d) Debilitamiento de los servicios municipales: Escasos esfuerzos por desarrollar la prevención y la promoción de la salud en la actividad cotidiana de la atención sobre todo en la Atención Primaria

Por todo ello el Objetivo General de la implantación de las RAS es afrontar los problemas del perfil epidemiológico brasileño y de los vacíos asistenciales aún existentes en el SUS, asegurando al usuario del Sistema Único de Salud un conjunto de acciones y servicios efectivos, continuados, integrales y humanizados. *Sus Objetivos específicos son :* Superar fragmentación de la atención y de la gestión en las Regiones de Salud, promoviendo la integración sistémica de acciones y servicios de salud, con provisión de atención continua, integral, de calidad, responsable y humanizada; incrementar el desarrollo del sistema en términos de acceso, equidad, clínica sanitaria y eficiencia económica ; y perfeccionar el componente político institucional del Sistema Único de Salud (SUS)

Características de la Red de Atención a la Salud: Relaciones horizontales entre los puntos de atención, teniendo a la AP como centro de comunicaciones; entradas en las necesidades de salud de la población; con una oferta de atención continuada e integral; a través de cuidados interdisciplinarios en equipo; compatibilizar los objetivos y compromisos con resultados sanitarios y económicos.

Elementos de la Red de Atención de Salud: a) Población adscrita a un área sanitaria b) Una estructura operacional, que incluye los puntos de atención y las relaciones entre los mismos, c) Los puntos de atención de salud están constituidos por: Unidades de Atención Primaria– centros de comunicación, Puntos de Atención Secundaria y Terciaria y Sistemas de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico; Sistemas transversales que conectan os pontos de atención, sistemas logísticos y sistemas de gobierno.

El Ministerio da Salud está priorizando la constitución de tres redes temáticas: Materno-infantil, Urgencias y Emergencias y Atención Psicosocial (enfrentarse al consumo de crack, alcohol y otras drogas)

MESA REDONDA:
FINANCIAMENTO E COORDENAÇÃO DA SAÚDE
EM MODELOS ORGANIZATIVOS DESCENTRALIZADOS E/OU REGIONALIZADOS

MESA REDONDA:
FINANCIACIÓN Y COORDINACIÓN DE LA SANIDAD
EN MODELOS ORGANIZATIVOS DESCENTRALIZADOS Y/O REGIONALIZADOS.

Silvio Fernandes

Coordenador do Núcleo de Relações Internacionais do CONASEMS

O crescimento do gasto em saúde no mundo propiciou a construção, em âmbito mundial, de estratégias dirigidas a integrar e regionalizar os serviços de saúde, transferir recursos financeiros aos centros e introduzir mecanismos de controle do acesso dos cidadãos aos serviços. Esta estratégia adotou diferentes formas nas diversas áreas ou países em função da natureza dos sistemas de saúde: nos denominados Sistemas Nacionais de Saúde introduziu-se elementos de mercado e a competição próprios das empresas privadas, transformou-se os centros de saúde públicos em empresas, estabeleceram-se linhas de crédito para que médicos da atenção primária comprassem serviços de hospitais, criaram-se mecanismos para conter gastos, etc. Nos países com sistemas muito privatizados e fragmentados como nos Estados Unidos adotou-se medidas dirigidas a melhoria da racionalidade e controle dos serviços como a gestão médica, seleção de pacientes, protocolos e manuais clínicos que orientam e dirigem as decisões médicas, etc. Em todo caso temos que diferenciar as estratégias de integração da atenção e dos cuidados nos sistemas competitivos, que têm restringido o acesso aos serviços por motivos econômicos e aquelas dos sistemas de acesso universal uma vez que os contextos e princípios organizativos deles serem muito diferentes e incomparáveis.

Parece evidente que a falta de integração está por trás de problemas como ineficiência, custos elevados e baixa qualidade. A fragmentação sanitária é o resultado da tendência dos serviços de saúde a criar novos subsistemas, desenvolver programas muito concretos e focalizados, ofertar pacotes de serviços ou de separar as ações preventivas das assistenciais. A descentralização de responsabilidades que não foi acompanhada de instrumentos de coordenação, a delegação da autoridade sanitária dos governos, a ênfase na assistência às doenças agudas e à atenção hospitalar, a escassez de recursos ou a distribuição irracional dos mesmos, são fatores que explicam as dificuldades de integração e qualidade.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde estabeleceram um sistema de saúde que garantia o direito de todos os cidadãos aos serviços de saúde, a integralidade da atenção e a descentralização dos recursos e das responsabilidades. O modelo baseia-se na municipalização dos serviços de saúde, o que obrigou os municípios a desenvolver Conselhos de Saúde participativos com recursos humanos, materiais e financeiros necessários para prestar serviços de saúde, capacidade para geri-los e controlá-los. A gestão do sistema articula as três esferas de decisão: Governo Federal, Estados e Municípios e em duas instâncias de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite, que integra Governo Federal, Estados e Municípios e as Comissões Intergestores Bipartite, que integram estados e municípios. No ano de 2000 a municipalização do sistema de saúde alcançou 99% dos municípios.

As competências municipais em saúde incluem a atenção ambulatorial já que os centros de Atenção Primária municipais são 84% do total (passaram de 16.319 em 1992 a mais de 40.000 em 2008) e a Atenção Hospitalar (os hospitais de gestão municipal multiplicaram-se nesse período). Este modelo baseado nos municípios apresenta problemas de financiamento que limitam a expansão da oferta assistencial e de articulação e coordenação pela ausência de desenvolvimento de um nível de atenção em escala regional. Entre os anos de 1980 e 2007 a participação municipal no gasto em saúde cresceu 285,7% e dos Estados 44%, enquanto o gasto do Governo Federal reduziu-se em 37,4%.

CONASEMS apóia o avanço da municipalização, mas considera necessário que sejam incrementados os instrumentos de apoio aos municípios, a criação de um nível de gestão de escala regional, o aumento do financiamento e a melhora da gestão dos recursos, dos processos assistenciais e das compras de equipamentos.

A agenda atual do CONASEMS centra-se em três áreas:

- a) proporcionar ao SUS os recursos necessários para atender às necessidades dos usuários, ampliando a cobertura, melhorando a formação dos profissionais, colocando a Atenção Primária no centro do sistema, adequando a oferta assistencial às necessidades da população e evitando a fuga de profissionais.
- b) articular e integrar as redes de atenção à saúde
- c) promover uma regulação pública adequada e fortalecer a gestão intergovernamental nas regiões de saúde.

El crecimiento del gasto sanitario en el mundo ha propiciado la puesta en marcha, con carácter universal, de estrategias dirigidas a integrar y regionalizar los servicios sanitarios, transferir financieros a los centros e introducir mecanismos de control del acceso a los ciudadanos a los servicios. Esta estrategia ha adoptado diferentes formas en cada área o país en función de la naturaleza de los sistemas sanitarios: *en los denominados Sistemas Nacionales de Salud* se ha introducido elementos de mercado y la competencia propios de la empresa privada se han transformado a los centros sanitarios públicos en empresas, se han dotado de fondos a los médicos de atención primaria para comprar servicios a los hospitales, se han puesto en marcha instrumentos para contener el gasto, etc. *En países con sistemas muy privatizados y fragmentados* como USA se han adoptado medidas dirigidas a mejorar la racionalidad y el control de los servicios como la medicina gestionada, selección de pacientes, protocolos y guías clínicas que orienten y dirijan las decisiones de los médicos, etc.. En todo caso hay que diferenciar las estrategias de integración de la atención y los cuidados en los sistemas competitivos que tienen restringido el acceso a los servicios por motivos económicos, de los de acceso universal por ser los contextos y principios organizativos de cada uno muy distintos imposibles de comparar.

Parece evidente que la falta de integración está detrás de los problemas ineficiencia, elevados costos y baja calidad. La fragmentación sanitaria es el resultado de la tendencia de los Servicios de Salud a crear nuevos subsistemas, desarrollar programas muy concretos y focalizados, ofertar paquetes de servicios o de separar las actividades preventivas de las asistenciales. La descentralización de responsabilidades no acompañados de instrumentos de coordinación, la dejación de la autoridad sanitaria de los gobiernos, el énfasis en la asistencia a las enfermedades agudas y en la atención hospitalaria, la escasez de recursos escasos o la irracional distribución de los mismos, son otros factores los explican.

En Brasil la Constitución de 1988 y Ley Orgánica de la Salud establecieron un sistema sanitario que garantizaba el derecho de todos los ciudadanos a los servicios de salud, la integralidad de la atención y la descentralización de los recursos y de las responsabilidades. El modelo se basa en la municipalización de los servicios de salud, lo que obliga a los municipios a desarrollar Consejos de Salud participativos con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para prestar servicios de salud, capacidad para gestionarlos y controlarlos. La gestión del sistema articula las tres esferas de decisión: Gobierno Federal, Estados y Municipios y en dos instancias de negociación: El CIT que integra el Gobierno Federal, los Estados y los Municipios y el CIB que integra a estados y municipios. En el año 2000 la municipalización del sistema sanitario alcanzó al 99 por ciento de los municipios.

Las competencias municipales en salud incluyen a la Atención Ambulatoria ya que los centros de Atención Primaria de dependencia municipal son el 84% del total (pasaron de 16.319 en 1992 a más de 40.000 en el año 2008) y la Atención Hospitalaria (los hospitales de gestión municipal se han multiplicado en ese período. Este modelo basado en los municipios presenta problemas de financiación que limitan la expansión de la oferta asistencial y de articulación y coordinación por ausencia de desarrollo de un nivel de atención a escala regional. Entre el año 1980 y el 2007 la participación del gasto sanitario municipal en el gasto nacional creció un 285,7 por ciento mientras, un 44 por ciento en los Estados y ha descendido un 37,4 en el Gobierno Federal.

CONASEMS apoya el avance de la municipalización, pero considera necesario que se incrementen de instrumentos de apoyo a los ayuntamientos, la creación de un nivel de gestión de escala regional, el aumento de la financiación, y mejorar la gestión de los recursos, los procesos asistenciales y las compras de equipamiento.

La agenda actual se centra en tres áreas: a) Proporcionar al Sistema Único de Salud (SUS) los recursos necesarios para atender las necesidades de los usuarios, ampliando la cobertura, mejorando la formación de los profesionales, colocando a la Atención Primaria en el centro del sistema, adecuando la oferta asistencial a las necesidades de la población y evitando la fuga de profesionales. b) Articular y integrar las redes de atención a la salud y c) Promover una adecuada regulación pública y fortalecer la gestión intergubernamental en las regiones de salud.

Ernesto Báscolo
Universidade Nacional de Rosário
Argentina

O expositor apresentou o processo de construção e distribuição dos recursos em seu país. Descreveu a distribuição do gasto em saúde em % do PIB argentino da seguinte forma: 2,01 de gasto público, 2,94 por meio da seguridade social e 4,24 de gasto privado. Total do gasto em saúde 9,20% do PIB. Ainda que existam dúvidas consideráveis sobre se é público ou privado a parte dos recursos provenientes da seguridade social no que tange a: Obras Sociais Nacionais (1,36%); INSSJP (0,81%) e Obras Sociais Provinciais (0,77%).

Em sua opinião esse gasto é público, porque são aportes obrigatórios e permitem separar contribuição e condição dos beneficiários, mas é privado porque o complexo produtivo médico determina as regras do jogo para definir acessibilidade diferenciada, inovação tecnológica e distribuição de renda.

Na Argentina, as grandes mudanças no financiamento da saúde afetam a seguridade social, devido à livre escolha quanto às Obras Sociais Nacionais: a modalidade de escolha dos afiliados às obras sociais e a possibilidade de transferir grande parte de suas contribuições pessoais ameaça a solidariedade do sistema de financiamento; à maior estabilidade das Obras Sociais Provinciais e da população vinculada. Além disso, há um crescimento do setor de seguros privados, como receptor dos maiores recursos, o que reduz a disponibilidade de recursos financeiros com capacidade redistributiva para os afiliados da seguridade social nacional.

No setor público produz-se a descentralização do financiamento e compensações insuficientes de recursos financeiros por parte do Estado Nacional para diminuir os abismos sociais e epidemiológicos entre províncias/ regiões e municípios.

O apresentador expõe graficamente qual tem sido a tendência evolutiva do orçamento do Ministério da Saúde da Argentina; da participação do financiamento público no gasto social provincial; da relação entre o setor público e da seguridade social provinciana; do papel das corporações profissionais, de financiadores, gestores e compradores na evolução das reformas; do peso crescente da oferta privada nas decisões das corporações profissionais, nas obras sociais e nos pré-pagos.

Finalmente, chama a atenção sobre a influência dos grupos privados na determinação de alguns instrumentos, como: Inovação tecnológica e preços relativos; Contratos e distribuição de risco; Coberturas diferenciadas; Formas de regulação da prática médica e das licitações: Quem regula a quem; Distribuição de renda; Padrões de utilização, acesso e segmentação nas ações e a matriz tecnológica.

Ernesto Báscolo.
Universidad Nacional De Rosario.

Argentina

El ponente, expuso el proceso de construcción y distribución de recursos en su país. Describió la distribución del gasto sanitario en % del PIB de esta manera: 2,01 de gasto público; 2,94 a través de la seguridad social y 4,24 de gasto privado. Total de gasto sanitario 9,20 % del PIB. Aunque hay dudas razonables sobre si es público o privado la parte de gasto de la seguridad social de los capítulos Obras Sociales Nacionales-OSN- (1.36 %); INSSJP (0.81%) y Obras Sociales Provinciales-OSP- (0.77 %).

A su juicio, ese gasto es público, porque son aportes obligatorios y permiten separar contribución y condición de beneficiarios, pero es privado porque el complejo productivo médico determina las reglas de juego para definir accesibilidad diferencial, innovación tecnológica y distribución de renta.

En Argentina, los grandes cambios en la financiación de la sanidad afectan a la seguridad social, debido a la libre elección en OSN: la modalidad de elección de los afiliados a obras sociales y la posibilidad de trasladar gran parte de sus aportes personales amenaza la solidaridad del sistema de financiamiento; a una mayor estabilidad de OSP y de la población cautiva. Además hay un crecimiento del sector asegurador privado, como receptor de los mayores aportes, debilita la disponibilidad de recursos financieros con capacidad redistributiva para los afiliados de la seguridad social nacional.

En el sector público se produce descentralización del financiamiento y compensaciones insuficientes de recursos financieros por parte del estado nacional para menguar las brechas sociales y epidemiológicas entre provincias/regiones y municipios.

El ponente expone gráficamente cual ha sido la tendencia evolutiva del presupuesto del Ministerio de Salud de la Nación; de la participación de la financiación pública en el gasto social provincial; de la relación entre el sector público y la seguridad social provincial; del papel de las corporaciones profesionales, de financiadores, gestores y compradores en la evolución de las reformas; del peso creciente de la oferta privada en las decisiones de las corporaciones profesionales, en obras sociales y en prepagos.

Finalmente llama la atención sobre la influencia de los grupos privados para determinar algunos instrumentos, como: Innovación tecnológica y Precios relativos; Contratos, y distribución de riesgo; Coberturas diferenciales; Formas de regulación de la práctica médica, y también para decidir la puja distributiva: Quién regula a quién; Distribución de la renta; Patrones de utilización, acceso y segmentación en los hechos y la matriz tecnológica.

Marciano Sanchez Bayle
Representante da Federação de Associações para a Defesa da Saúde Pública
Presidente da Associação Internacional de Saúde Pública
Diretor do Observatório de Políticas de Saúde da Fundação 1º de Maio

Características do Sistema de Saúde público da Espanha: Cobertura universal, gratuito no momento do uso, com forte caráter redistributivo, financiado com impostos, baseado na Atenção Primária. O gasto em saúde é inferior a média dos países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) tanto para o gasto em saúde total (3.040 frente a 2.671 dólares em poder paritário de compra) como na relação público/ ppc (2.671 frente a 1.917 dólares), estando a esperança de vida ao nascer dos espanhóis muito acima dos gastos em saúde, o que quer dizer que o sistema é muito eficiente. O modelo político é descentralizado em 17 Comunidades Autônomas, que possuem grandes diferenças em extensão territorial e populacional. Em termos de território a maior Comunidade é a de Castilha e Leon com 94.225 Km² e a menor a da Balears com 4.992 Km² existindo duas Comunidades insulares (Balears e Canárias). As diferenças populacionais também são muito importantes como, por exemplo, Andaluzia com 8.285.000 habitantes frente a Rioja com 321.702 habitantes. A situação econômica e social também apresenta grandes desigualdades oscilando a renda por habitante entre 16.828 euros habitante/ano em Extremadura com os 31.314 do País Basco. Há três Comunidades históricas: Catalunha, Euskadi e Galícia.

Esta descentralização do Estado também ocorre no âmbito da saúde. Assim, a responsabilidade da gestão dos serviços de saúde às Comunidades Autônomas, mas com diferenças importantes no tempo e nas condições em que ocorreu a descentralização conforme o resultado das negociações bilaterais entre o Governo Central e o Governo das Comunidades Autônomas. O calendário da transferência de responsabilidades foi: Catalunha em 1981, Andaluzia em 1984, País Basco em 1988, Valência em 1988, Galícia em 1991, Navarra, Canárias em 1993 e o restante das Comunidades (10 outras) em 2001.

Situação atual: Cada Comunidade Autônoma tem responsabilidade sobre a organização e a gestão de seus serviços regionais de saúde e sobre a legislação em Saúde e Higiene desde a Constituição Espanhola (1978). O Ministério da Saúde tem responsabilidade sobre: farmácia, formação em pós-graduação (especialidades), vigilância sanitária, inspeção e coordenação (mediante o Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde). O papel dos municípios na gestão e prestação de serviços de saúde é escasso. O resultado desta situação, de um modelo de descentralização caótico, desigual e parcialmente frustrado tem sido: a existência de legislações diferentes, diferenças incompreensíveis (como, por exemplo, o calendário de vacinação), políticas de recursos humanos diferentes que geram dificuldades para o trânsito de profissionais, variações importantes nos modelos de organização e gestão dos recursos e desigualdades muito relevantes no financiamento da saúde.

Existem importantes diferenças de recursos em saúde entre as Comunidades Autônomas: em número de leitos de 1,81/1.000 habitantes, em número de TAC de 4,77/ milhão de habitantes ou em número de cartões de saúde por médico generalista de 746 cartões.

A situação também propiciou a existência de importantes desigualdades em saúde: na esperança de vida de 2,6 anos, na esperança de vida livre de incapacidade de 5,7 anos, na mortalidade infantil de 3,6/1.000 nascidos vivos, na mortalidade por câncer de mama de 5,9/100.000 ou na avaliação do estado de saúde como bom ou muito bom de 21,4%.

Na política farmacêutica também há diferenças importantes como no gasto com medicamentos genéricos que oscilam entre (no ano de 2009) que variam de 4,17% na Galícia a 14,8% na Andaluzia.

O modelo de financiamento em saúde é problemático: a transferência de recursos do Estado às Comunidades Autônomas é realizada em bloco e não tem vinculação exclusiva à saúde (algumas Comunidades Autônomas destinam seus fundos a outras atividades). O financiamento realiza-se através da transferência de recursos provenientes de um conjunto de impostos, em grande parte indiretos, que oneram as atividades econômicas e o comércio, os quais não possuem o mesmo volume nas diferentes Comunidades Autônomas, ocasionando a perda da capacidade redistributiva do sistema de saúde. O cálculo do volume de recursos econômicos de cada Comunidade Autônoma é complexo e toma por base a população, maiores de 65 anos e menores de 18, distribuição, etc; os mecanismos de compensação e equilíbrio são muito insuficientes e frágeis, o cálculo não inclui critérios que considerem as necessidades em saúde e verifica-se a ausência de um Plano Integrado de Saúde. A diferença entre a Comunidade Autônoma que mais recebe e a que menos recebe recursos chega a 556,71 euros por habitante/ ano.

A descentralização favoreceu o desenvolvimento diferenciado da legislação sanitária do Estado (Lei Geral da Saúde, 1986) e que em cada Comunidade Autônoma tivessem sido elaboradas e aplicadas diferentes Leis de Ordenamento Sanitário que respondem a dois modelos ideológicos antagônicos: um privatizante, que cria facilidades para a utilização de mecanismos privados e para a modelos de gestão privada (Madri, Valência,

Catalunha) e outros potencializa o Sistema de Saúde Público e a integração dos serviços (Castilha - La Mancha, Estremadura). A participação cidadã teve apenas um desenvolvimento prático, destacando-se o caso único da Comunidade Autónoma de Castilha - La Mancha.

Alguns problemas identificados como consequência do desenvolvimento desigual da legislação: legislações díspares, desigualdades em saúde pública, distintos sistemas de informação (muitos deles incompatíveis ou pouco homogêneos), múltiplos organogramas das estruturas diretivas, prioridades em saúde distintas, políticas farmacêuticas desiguais, dificuldades para adotar acordos sanitários que abarquem todo o Estado e problemas de coordenação. A pergunta é: existem 17 Sistemas Diferentes na Espanha?

Como avançar? – Criar um sistema de informação em saúde homogêneo e válido; retomar a ideia de um sistema de financiamento vinculado à saúde; potencializar os Fundos de Coesão; criar agências de compras para todo o Estado; desenvolver projetos conjuntos de controle do gasto farmacêutico (incentivar os medicamentos genéricos, controlar a propaganda de medicamentos, produzir informação independente, financiamento por equivalentes terapêuticos); frear as privatizações; avaliar as novas tecnologias antes da sua difusão; elaborar de modo consensual o Plano Integrado de Saúde; fortalecer a governança (Conselho Interterritorial eficaz).

Marciano Sánchez Bayle

Portavoz De La Federación De Asociaciones Para La Defensa De La Sanidad Pública

Presidente De La International Association Of Health Policy

Director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo

Características del Sistema sanitario público en España: Cobertura universal, gratuito en el momento del uso, con un fuerte carácter redistributivo, financiado con impuestos, basado en la Atención Primaria. El gasto sanitario es inferior a la media de los países de la OCDE tanto en gasto sanitario total (3.040 frente a 2.671 dólares en poder paritario de compra como en el público 2.671 frente a 1.917 dólares ppc), estando la esperanza de vida al nacer de los españoles muy por encima de los gastos sanitarios, es decir es un sistema muy eficiente. El modelo político es muy descentralizado en 17 Comunidades autónomas que tienen grandes diferencias en extensión territorial y poblacional: la que más Castilla y León con 94.225 km² frente a Baleares con 4.992 km², existiendo dos Comunidades insulares (Baleares y Canarias), las diferencias poblacionales también son muy importantes como Andalucía con 8.285.000 habitantes frente a La Rioja con 321.702 habitantes. La situación económica y social también presenta grandes desigualdades oscilando la renta por habitante entre los 16.828 euros habitante al año en Extremadura con los 31.314 del País Vasco. Hay tres comunidades históricas como son Cataluña, Euskadi, Galicia.

Esta descentralización del Estado también se ha dado en sanidad, habiéndose transferido la responsabilidad la gestión de los servicios de salud a las CCAA pero con diferencias importantes en el tiempo y en las condiciones de las mismas que fue el resultado de negociaciones bilaterales entre el Gobierno Central y el de las CCAA. El calendario de transferencias fue: Cataluña en 1981, Andalucía en 1984, País Vasco en 1988, Valencia en 1988, Galicia en 1991, Navarra en 199, Canarias en 1993 y el resto (10 CCAA) en 2001.

Situación actual: Cada CCAA tiene competencias sobre la organización y gestión de sus servicios regionales de salud y sobre la legislación sobre Sanidad e Higiene desde la Constitución Española (1978). El Ministerio de Sanidad tiene competencias sobre: farmacia, formación postgrado (especialidades), sanidad exterior, alta inspección y coordinación (mediante el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud). El papel de los municipios en la gestión y prestación de servicios de salud es muy escaso. El resultado de esta situación es caótico, desigual y parcialmente frustrado. El modelo de descentralización sanitaria ha sido: La existencia de legislaciones diferentes, diferencias difícilmente comprensibles como en el calendario de vacunas; políticas de recursos humanos diferentes que generan dificultades para el libre tránsito de profesionales, variaciones importantes en los modelos de organización y gestión de los recursos y desigualdades muy importantes en la financiación sanitaria.

Existen importantes diferencias en recursos sanitarios entre las CCAA: En la dotación de camas de 1,81 /1.000 habitantes, en la dotación de TAC de 4,77 /millón de habitantes o en las tarjetas sanitarias por médico general de 746 tarjetas.

Esta situación ha propiciado la existencia de importantes desigualdades de salud: Esperanza de vida de 2,6 años, en la Esperanza de vida libre de incapacidad de 5,7 años, en la mortalidad infantil de 3,6/1.000 nacidos vivos, en la Mortalidad por tumor de mama de 5,9 /100.000 o en la valoración del estado de salud como bueno o muy bueno de 21,4%.

En política farmacéutica también las diferencias son muy importantes como en el gasto por medicamentos genéricos que oscilan entre (año 2009) que varían de los 4,17 % en Galicia y los 14,8 de Andalucía.

El modelo de financiación sanitaria es problemático: La transferencia económica a las CCAA desde el Estado es en bloque y no tienen carácter finalista para la sanidad (algunas CCAA destinan estos fondos a otros menesteres), se realiza a través de un cesta de impuestos transferidos, en su mayor parte indirectos, a las que gravan la actividad económica y el comercio que nos es igual en las diferentes CCAA por lo que el sistema sanitario ha perdido gran parte de su capacidad redistributiva; el cálculo del montante económico de cada CCAA es complejo en base a la población, mayores de 65 años y menores de 18, dispersión, etc; los mecanismos de compensación y equilibrio son muy insuficientes y débiles; no existen criterios de necesidades de salud en el cálculo y asignación por la ausencia de un Plan Integrado de Salud. La diferencia entre la que más recibe y la que menos alcanza los 556,71 euros por habitante al año.

La descentralización ha favorecido un desarrollo diferenciado de la legislación sanitaria del Estado (Ley General de Sanidad de 1986) y que en cada CCAA se han elaborado y aplicado Leyes de Ordenación Sanitaria diferentes que responden a dos modelos ideológicos antagónicos: Uno privatizador que otorga facilidades para la utilización de la provisión privada y para los modelos de gestión privada (Madrid, Valencia, Cataluña) y otros que potencia el Sistema Sanitario Público y la integración de los servicios (Castilla- La Mancha, Extremadura). La participación ciudadana apenas ha tenido un desarrollo práctico destacando como caso único la CCAA de Castilla – La Mancha.

Algunos problemas detectados consecuencia de este desigual desarrollo legislativo: Desigualdades legislativas, desigualdades en Salud Pública, distintos sistemas de información muchos de ellos in compatibles o poco homogéneos, multiplicación de organigramas directivos, distintas prioridades sanitarias, desigual política farmacéutica, dificultades para adoptar acuerdos sanitarios que abarquen a todo el Estado y problemas de coordinación. La pregunta es si existen 17 Sistemas de Salud Diferentes en España.

Entre las ventajas de la descentralización sanitaria estarían: Se acerca la toma de decisiones a los ciudadanos, se favorece la cohesión territorial, algunas CCAA han avanzado de manera notable en la puesta al día de sus equipamientos y como las políticas son distintas evita cambios generalizados negativos (como la privatización)

¿Cómo avanzar?: Crear un Sistema de Información Sanitaria homologado y homogéneo; volver a un sistema de financiación finalista para la sanidad; potenciar los Fondos de Cohesión; crear agencias de compras a nivel de todo el Estado; desarrollar proyectos conjuntos control del gasto farmacéutico: potenciar los medicamentos genéricos, control del marketing, información independiente, financiación por equivalentes terapéutico; frenar las privatizaciones; evaluación de las nuevas tecnología antes de su difusión; elaborar de manera consensuada el Plan Integrado de Salud; aplicar la Gobernanza: Consejo Interterritorial eficaz.

Ceciliano Franco Rubio
Diretor Gerente do Serviço de Saúde de Estremadura
Espanha

As áreas prioritárias do Serviço de Saúde de Estremadura são a Carteira de Serviços assistenciais, a Saúde Pública e a Atenção Sócio-sanitária. Em Estremadura tem-se colocado em prático o desenvolvimento de uma gestão integrada de todos os serviços e recursos no âmbito de um território sanitário (espaço populacional e territorial definido dotado de um hospital, unidades de atenção primária, saúde pública, serviços e central de emergências e laboratório. O financiamento da saúde na Espanha tem estado submetido a diferentes modelos: anterior a Lei Geral de Saúde, até os anos 1994, de 1994 a 1997, de 1998 a 2001, de 2001 a 2009 e depois de 2009, que marcam as distintas etapas do desenvolvimento de um modelo descentralizado, no qual os critérios de coesão e solidariedade territorial entre as Comunidades Autônomas variaram. Os indicadores de Distribuição Territorial de Fundos contemplados na Lei 21/2001 distribuem-se de acordo com blocos de responsabilidades: Bloco de responsabilidades comuns (população, extensão territorial, distribuição populacional, insularidade, renda relativa); na Saúde somam-se população, população maior de 65 anos e a insularidade e para Serviços sociais a proporção de maiores de 65 anos. O processo de descentralização sanitária acontece em meio a tensões entre aqueles que defendem a centralização e aqueles que apoiam a descentralização. Parece necessário definir a fronteira entre as desigualdades permissíveis e as inadmissíveis.

Os modelos de financiamento em saúde em outros países desenvolvidos oscilam entre os que se baseiam em critérios retrospectivos-prospectivos e os que desligam o financiamento do gasto efetivo.

Indicadores de necessidade incorporados a fórmulas de distribuição territorial	
Indicador	País
Idade e Sexo	Praticamente em todos os países
Status socioeconômico	Canadá, Inglaterra
Etnia	Canadá, Austrália, Inglaterra, Nova Zelândia
Diferença de preços e custos de abastecimento	Canadá, Escócia, Inglaterra, Austrália
Distribuição territorial e ruralidade	Canadá, Austrália, Escócia, Finlândia, Irlanda do Norte, Nova Zelândia
Anos potenciais de vida perdidos	Canadá
Taxas de mortalidade	Escócia, Inglaterra, Irlanda do Norte, Austrália
Renda; nível educacional	Canadá, Inglaterra, Irlanda do Norte, Austrália
Outros indicadores de saúde (mortalidade prematura, baixo peso ao nascer, morbidade)	Canadá, Inglaterra, Irlanda do Norte
% de idosos que vivem sozinhos	Canadá e Noruega
Outros indicadores sociais (taxa de desemprego, capacidade econômica das famílias)	Irlanda do Norte, Austrália, Inglaterra
Deficiências	Finlândia
Insularidade	Finlândia, Espanha

Fonte: Montero, Jimenez y Martin (2006)

Ceciliano Franco Rubio

Director Gerente Servicio Extremeño De Salud

Las áreas prioritarias el Servicio Extremeño de Salud son la Cartera de Servicios asistenciales, la Salud Pública y la Atención Socio-sanitaria. En Extremadura se ha puesto una experiencia de desarrollo de la gestión Integrada de todos los servicios y recursos a nivel de un Área Sanitaria (espacio poblacional y territorial definido dotado de un Hospital de Área, unidades de Atención Primaria, Salud Pública, servicios y Central de Emergencias y laboratorio. La Financiación Sanitaria en España ha estado sometida a diferentes modelos: Anterior a Ley General de Sanidad, hasta el años 1994, de 1994 al 1997, del 1998 al 2001, del 2001-2009 y después del 2009, que marcan las etapas del desarrollo de un modelo descentralizado en los que han variado los criterios de cohesión y solidaridad territorial entre las CCAA del Estado. Los indicadores de Distribución Territorial de Fondos contemplados en la ley 21/2001 se distribuyen se acuerdos a bloques de competencias; Bloque de competencias comunes Población, superficie del territorio, dispersión de la : población, insularidad, renta relativa; para Sanidad se añaden la población, la población mayor de 65 años y la insularidad y para Servicios sociales la proporción de mayores de 65 años. El Proceso de Descentralización Sanitaria ha estado sometido a tensiones entre quienes defienden el centralismo y los que apoyan la descentralización. Resultará necesario definir la frontera de la desigualdad permisible y la inadmisibile

Los modelos de financiación sanitaria en otros países desarrollados oscilan entre lo que se basan en criterios retrospectivos-prospectivos y los que desligan la financiación del gasto efectivo.

Indicadores de necesidad incorporados a fórmulas de distribución territorial

Indicador	País
Edad y Sexo	Prácticamente todos lo países
Estatus socioeconómico	Canada, Inglaterra
Etnicidad	Canada, Australia, Inglaterra, Nueva Zelanda
Diferencial de precios y costes de provisión	Canada, Escocia, Inglaterra, Australia
Dispersión y ruralidad	Canada, Australia, Escocia, Finlandia, Irlanda del Norte, Nueva Zelanda
Años potenciales de vida perdidos	Canada
Tasas de mortalidad estandarizadas	Escocia, Inglaterra, Irlanda del Norte, Australia
Bajos ingresos; nivel educativo	Canada, Inglaterra, Irlanda del Norte, Australia
Otros indicadores de salud (mortalidad prematura, bajo peso al nacer, morbilidad)	Canada, Inglaterra, Irlanda del Norte
% de Mayores que viven solos	Canada, Noruega
Otros indicadores sociales (tasas de desempleo, capacidad económica de las familias)	Irlanda del Norte, Australia, Inglaterra
Minusvalías	Finlandia
Insularidad	Finlandia, España

Fuente: Montero, Jimenez y Martín (2006)

MESA REDONDA:
MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PARCERIAS PÚBLICO/ PRIVADAS

MESA REDONDA:
MONITORIZACION, EVALUACION Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.
COLABORACIONES PUBLICO /PRIVADAS.

Eleonor Minho Conill
UFSC
Brasil

Tendências no campo da avaliação: utilização de matrizes integradas; indicadores sensíveis às ações setoriais; utilização de metodologias qualitativas; envolvimento de usuários, profissionais e gestores; utilização de múltiplos conceitos e variáveis de avaliação; diferenciação entre qualidade individual e coletiva.

Projeto de Desenvolvimento de uma Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro/ PROADESS (2003)

Dimensões utilizadas na matriz de avaliação:

Matriz de dimensões para a avaliação de desempenho de um Sistema de Saúde: analisar o contexto político, social, econômico e configuração do Sistema de Saúde; utilização e valorização dos determinantes em saúde com equidade.

Determinantes em saúde (Pro-Adess, 2003): Ambientais, sócio-econômicos e demográficos; comportamentos e biologia. Condições de saúde da população: morbidade, estado funcional, bem-estar, mortalidade. Estrutura do Sistema de Saúde: administração, financiamento, recursos. Desempenho do Sistema de Saúde: efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança.

Categorias e variáveis utilizadas no Projeto de indicadores de cuidados em saúde (HCQI, OECD, 2006). Situação em saúde: Quantos estão saudáveis? Determinantes em saúde: Como estão os demais fatores? Desempenho: Como está o desempenho? Necessidades? Custos? Necessidade: permanecer saudável, melhorar, viver com a doença ou incapacidade, no final de vida. Relação destas variáveis com a qualidade, o acesso, os custos ou gastos. Eficiência (macro e micro). Desenho do Sistema e o contexto: recursos, valores, prestações.

Sistema Nacional de Saúde (NHS), Centro de Informação para a qualidade assistencial: qualidade, inovação, produtividade e prevenção (QIPP). Dão importância a segurança, efetividade e experiência do paciente, que se avaliam nas seguintes áreas: cuidados de agudos, saúde infantil, incapacidades/ deficiências, cuidados de crônicos, cuidados materno-infantis, saúde mental, planejamento dos cuidados e manutenção da saúde. Os dados do sistema estão organizados em 4 áreas: para orientar medidas de prevenção, análise da produtividade dos serviços, análise de custo/ benefício e medidas de qualidade e os resultados. Principais mecanismos e instrumentos: Agência Nacional de Qualidade, protocolos de prestação de contas quanto à qualidade (quality accounts), planos de controle da qualidade e qualidade dos resultados (quality and outcomes framework), Instituto Nacional de Saúde e de Excelência Clínica (NICE).

BRASIL

Monitoramento do Pacto Pela Saúde: Grupo de trabalho, valorização das prioridades para 2007. Utilização de 38 indicadores principais, indicadores complementares e análise de prioridades, informe.

Painel de controle da gestão 2010: Departamento de Controle e Avaliação da Gestão do SUS/ Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Principais categorias analisadas: análise da demanda, recursos e estrutura, trabalho, articulação dos componentes, resultados, participação e controle social (21 indicadores).

Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde: Integrado por governos, instituições financeiras e acadêmicas internacionais: estudos temáticos sobre financiamento, tecnologias, patologias crônicas, atenção primária em saúde, seguros privados, etc. Comitê diretivo: responsável da direção, investigação e administração. Sedes e centros em Berlim, Londres e Moscou. Áreas de informação: sistema de saúde em transição. Informes políticos: evidências em questões-chaves. Publicações: Euro-informes, Observatório Europeu, Euro-boletins.

Sistemas de Saúde em Transição – Hit profiles. 1) Introdução e antecedentes históricos: características do país, serviços de saúde. 2) Estrutura organizacional e de gestão: estruturas governamentais, setor privado, corporações, planejamento e regulação. 3) Financiamento e gastos. 4) Sistema de prestação dos serviços: atenção primária, saúde pública, cuidados secundários e terciários, serviços sociais, recursos humanos, atenção farmacêutica, avaliação das tecnologias. 5) Designação de recursos e modalidades de pagamento. 6) Reformas: objetivos, legislação, implementação. 7) Conclusões.

Eleonor Minho Conill
USFC

Brasil

Tendencias en el campo de la evaluación: Utilización de matrices integradas; indicadores sensibles a las acciones sectoriales; utilización de metodología cualitativa; implicación de usuarios, profesionales y gestores; utilización de múltiples conceptos y atributos a evaluar; diferenciación entre calidad individual y colectiva

Proyecto de Desarrollo de una Metodología de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud Brasileño/PROADESS (2003)

Dimensiones utilizadas en la matriz:

Matriz de dimensiones para la evaluación del desempeño del un Sistema de Salud: Analizar el contexto Político, Social, Económico y conformación del Sistema de Salud; utilización de, valoración de los determinantes de la salud con la equidad.

Determinantes de salud (Pro-Adess, 2003). *Ambientales*, Sócio-económicos y demográficos, comportamientos y biología. *Condiciones de salud de la población* Morbilidad, estado funcional, bienestar, mortalidad; *Estructura del Sistema de Salud:* Administración, Financiación, recursos; *Desempeño del Sistema de Salud:* Efectividad, accesibilidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, aceptabilidad, continuidad, adecuación, y seguridad

Categorías y variables utilizadas en el Proyecto de indicadores de cuidados de salud (HCQI, OECD, 2006). *Situación de salud:* ¿Cuántos están saludables? . *Determinantes de salud:* ¿Como está los demás factores?. *Desempeño:* ¿Como está el desempeño? ¿Necesidades? ¿costes?. *Necesidad:* Permanecer saludable, mejorar, vivir con enfermedad o incapacidad, lindando con el final de la vida: Relación de estas variables con la calidad, el acceso, los costes o gastos. *Eficiencia* (Macro y micro). *Diseño del Sistema y el contexto:* Recursos, valores, prestaciones

National Health Service (NHS) Centro de Información para la Calidad Asistencial: Calidad, Innovación, Productividad y prevención (QIPP) desafío (PROGRAM). Dan importancia a la seguridad, efectividad y experiencia del paciente que se evalúan en las siguientes áreas. Cuidados de agudos, salud infantil, discapacidad, cuidados de crónicos, cuidados maternos y del recién nacido, salud mental, planificación de los cuidados y mantenimiento de la salud. Los datos del sistema están organizados en 4 áreas: para orientar medidas de prevención, análisis de la productividad de los servicios, análisis coste/beneficio y medidas de la calidad y los resultados. Principales mecanismos e instrumentos: Agencia Nacional de Calidad, protocolos de prestación de cuentas acerca de la calidad (quality accounts), planes de control de calidad y calidad de los resultados (quality and outcomes framework), Instituto Nacional de la Salud y la Excelencia Clínica (NICE)

BRASIL

Monitorización del Pacto Por la Salud: Grupo de Trabajo, valoración de las prioridades para 2007. Utilización de 38 indicadores principales, indicadores complementarios y análisis de las prioridades, informe.

Tablero de control de la gestión 2010: Departamento de Control y Evaluación de la Gestión Del Servicio Único de Salud (SUS)/Ministerio de Salud. Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO). Principales categorías analizadas: Análisis de la demanda, recursos y estructura, trabajo, articulación de los componentes, resultados, participación y control social (21 indicadores)

Observatorio Europeo de Sistemas e Políticas de Saúde. Integrado por gobiernos, instituciones financieras, y académicas internacionales: Estudios temáticos sobre financiación, tecnologías, patologías crónicas, Atención Primaria de Salud, Seguros Privados, etc. *Comité directivo:* Responsable de la dirección, investigación y administración. Sedes y centros en Berlín, Londres y Moscú; *Áreas de información:* Sistema de salud en transición; Informes políticos: Evidencias en cuestiones claves; Publicaciones: Euro- informes, Observatorio Europeo, Euro-boletines

Health Care Systems in Transition- Hit profiles. 1) Introducción y antecedentes históricos: Características del país, Servicios de Salud. 2) Estructura organizacional y de gestión: Estructuras gubernamentales; sector privado, corporaciones; planificación y regulación. 3) Financiación y gastos. 4) Sistema de prestación de los servicios: Atención Primaria, Salud Pública, Cuidados secundarios y terciarios, servicios sociales, recursos humanos, atención farmacéutica; evaluación de las tecnologías. 5) Asignación de recursos y modalidades de pago. 6) Reformas: objetivos, legislación, implementación. 7) Conclusiones

José Maria Vergeles Blanca

**Diretor Geral de Planejamento, Formação e Qualidade do Conselho de Saúde e Dependência
Junta de Estremadura – Espanha**

Reflexões sobre a qualidade total em saúde: O interesse das pessoas em melhorar a qualidade de vida é inato ao homem, não é uma invenção do século XX. A qualidade é a capacidade de uma organização ou de uma ação assistencial, para satisfazer as necessidades dos consumidores de serviços de saúde (Donabedian). Segundo a OMS a qualidade é assegurar que cada paciente receba o conjunto de serviços diagnósticos e terapêuticos mais adequados para conseguir uma atenção em saúde ótima, levando em conta todos os fatores e os conhecimentos do paciente e do serviço médico, e alcançar o melhor resultado com o mínimo de risco de ocorrência de efeitos iatrogênicos e a máxima satisfação do paciente com o processo.

Especificidades da qualidade no setor saúde: A cultura da gestão é nova e de grande complexidade; os profissionais desfrutam de maior reconhecimento que a própria organização; a gestão dos recursos é de natureza parcial vinculada a processos determinados (que implicam em alto nível científico e técnico); os modelos organizativos são muito diferenciados; os trabalhadores condicionam as decisões dos dirigentes; os serviços possuem múltiplos clientes externos; e os produtos são distintos para clientes distintos.

Os sistemas de qualidade no Setor Saúde têm vantagens evidentes uma vez que contribuem no fortalecimento da imagem externa do centro de saúde, proporcionam confiança aos usuários, definem responsabilidades e funções dos profissionais de saúde, contribuem para a melhoria da organização, obriga ao estabelecimento de objetivos e recursos definidos, permite controlar os processos chave da atenção em saúde já que obriga a prevenir e corrigir as falhas, melhoramento do tratamento das reclamações contribui para criar nos centros a infraestrutura necessária para implantar a melhoria contínua.

O Plano Base de Qualidade dos Serviços de Saúde de Estremadura baseia-se em 8 marcos estratégicos: qualidade da atenção em saúde, qualidade relacional, autorização e acreditação dos centros de saúde, avaliação da atenção, pesquisa e formação, sistema de informação, desenvolvimento profissional e gestão e financiamento. Os pontos chave do Plano orientam-se para Qualidade Total e a Gestão Baseadas em Processos (de acordo com o modelo EFQM). Seus objetivos pretendem proporcionar aos cidadãos centros de saúde com segurança e conforto, ofertar aos centros um modelo de qualidade que permita comparações, estimular a cultura de auto-avaliação como princípio de melhoria contínua da qualidade e proporcionar um reconhecimento do centro que trabalhe com qualidade. A metodologia inspirada no Modelo EFQM, incorpora padrões de referência baseados em modelos de qualidade já implantados, que valorizam o compromisso dos profissionais aos resultados, a obrigatoriedade de que todos os centros, serviços e estabelecimentos de saúde passem por um processo de acreditação para sua autorização como requisito indispensável para o funcionamento. Isto significa oferecer aos centros, serviços e estabelecimentos de saúde um caminho para a qualidade baseados em padrões estáveis, alguns obrigatórios e outros que marcam o caminho para a excelência. Esses padrões baseiam-se em parâmetros normativos e em resultados comprovados em outros modelos de qualidade organizados em categorias que permitam uma abordagem global da qualidade. Para este fim foi elaborada uma série de instrumentos: Procedimentos para Auto-avaliação, Manual de Auto-avaliação, Formação em Auto-avaliação, Software para facilitar do processo. O resultado final é a identificação das áreas de melhoria dos centros para elaborar Planos de Melhoria. Se os resultados são ótimos é possível solicitar a acreditação e comprovar os resultados de auto-avaliação.

Norma desenvolvida com este fim: Norma estatal: Lei 16/2003, 28 de maio, de coesão e qualidade do SNS. Norma da Comunidade Autónoma: Lei 10/2001, de 28 de junho, de Saúde de Estremadura: Art. 76: "para celebrar acordos com o SES, as entidades e instituições deverão reunir, necessariamente os seguintes requisitos: ter obtido a acreditação do CSES objeto de acordo. O Decreto 227/2005 regula o procedimento e os órgãos necessários para a aplicação do modelo de qualidade e a acreditação da qualidade em saúde dos CSES da CAE (DOE 4 de outubro de 2005) com o objetivo de regular o procedimento e os órgãos para aplicar o modelo, estabelecer o procedimento de acreditação e criar o Comitê de Acreditação de Qualidade em Saúde da CAE.

Âmbito de aplicação: Centros com internação (hospitais), provedores de assistência sanitária sem internação, serviços de saúde integrados numa organização de saúde e estabelecimentos de saúde. Exclusões: estabelecimentos dedicados a distribuição, importação, elaboração ou fabricação de medicamentos ou produtos de saúde, serviços e unidades técnicas de proteção radiológica, assim como a certificação de programas de garantia de qualidade, consultórios médicos, consultórios de outros profissionais de saúde e consultórios locais, serviços de prevenção de riscos laborais, extração e transplante de órgãos e tecido e CSES com normas específicas.

Categorias: Direção, planejamento estratégico, gestão de recursos humanos, gestão de tecnologia e recursos materiais, gestão da informação, conhecimento e aspectos éticos, gestão dos processos, satisfação dos cidadãos, satisfação do pessoal, envolvimento da sociedade e resultados chave.

A parceria público/privada: é incentivada pelas instituições europeias baseada em alguns pressupostos: a rigidez orçamentária, os falsos balanços financeiros dos serviços públicos. Além disso, há pressão das seguradoras privadas para entrar no negócio da saúde e as vantagens fiscais concedidas às empresas privadas pela falsa crença de maior economia e eficiência. Como consequência esta modalidade tem recebido importante apoio legislativo nos últimos anos, utilizando as Leis de Acompanhamentos dos Orçamentos Público do Estado e das Comunidades Autônomas (fundações de saúde, concessões hospitalares etc.) com o argumento de favorecer a participação dos profissionais. A crise econômica está sendo utilizada para argumentar a necessidade de recorrer ao financiamento privado para construir novos centros de saúde. Na Espanha existem diferentes fórmulas de colaboração privada: para a construção, equipamento e manutenção dos centros, par prestação de serviços de apoio não sanitários (lavanderia, limpeza, restauração, etc.); para o financiamento e exploração tecnológica, para a prestação de Atenção Hospitalar e de Atenção Primária.

Alguns resultados: Os estudos publicados sobre a avaliação de experiências concretas no Reino Unido mostram que pioraram os resultados dos hospitais de gestão pública no acesso a determinadas prestações (como a oncologia) ou a falência econômica de hospitais emblemáticos; que não possuem interesse na integração com a Atenção Primária em Saúde, que praticam uma seleção adversa rechaçando aos pacientes com problemas ou enfermidades complexas e custosas. Elementos de importância: a) perda do controle pelo sistema público que os financia: os consórcios privados assumem o controle de todos os passos no processo de construção e “exploração” do centro, as administrações em saúde não têm elementos de controle nem os documentos legais, uma vez tomada a decisão de adotar esse caminho sempre existe a ameaça de desproteção da população. b) Aumentam os custos: em curto prazo pode-se construir centros de saúde e colocá-los em funcionamento, mas está demonstrado que a médio e longo prazo são até 4 vezes mais caros, interesses das empresas privadas, partilha dos lucros entre participantes, renegociações dos contratos limitam a capacidade de adaptação às necessidades sanitárias de tecnologia e de atenção em saúde da população. c) reduzem a transparência na gestão: são empresas construtoras ou financeiras que tem políticas de empresas neste sentido. d) Reduzem a qualidade assistencial: as concessionárias controlam a qualidade dos materiais, limitações à incorporação da alta tecnologia pela importância da concessão, reduzem os leitos e o pessoal, fazem seleção de casos e diminuição da complexidade (exemplo de Madri). e) Embargam o orçamento de investimento: os gastos de saúde em investimentos passam a gasto de custeio, o orçamento é comprometido por um período de, pelo menos, 30 anos que duram as concessões, estes orçamentos competem ao restante do orçamento em saúde.

Conclusões: os serviços de saúde e as Comunidades Autônomas devem realizar um planejamento em saúde adequado, investir na coesão do Sistema Nacional de Saúde, considerar o gasto em saúde como gasto produtivo e não só como gasto social, adaptar os sistemas de saúde às necessidades em saúde da população ao invés das demandas da população, avaliar as tecnologias em saúde séria e previamente à sua incorporação ao sistema de saúde, desenvolver modelos de qualidade integrais para os serviços de saúde, realizar avaliações baseadas em protocolos de novos modelos de gestão, metodologicamente sérios e bem desenhados; buscar a sustentabilidade e a eficiência sem novas fórmulas de gestão baseadas no setor privado.

José María Vergeles Blanca,
Director General De Planificación, Formación Y Calidad Consejería De Sanidad Y Dependencia.

Junta De Extremadura

España

Reflexiones sobre la calidad total en sanidad: El interés de las personas por mejorar la calidad de vida es innato al hombre, no es un invento del siglo XX. La Calidad es la capacidad de una organización o de una acción asistencial, para satisfacer las necesidades de los consumidores de Servicios de Salud (Donavedian). Según la OMS la calidad es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Peculiaridades de la calidad en el sector sanitario: La Cultura de la Gestión es nueva y de gran complejidad; los profesionales gozan de mayor reconocimiento que la propia organización; la gestión de los recursos es de naturaleza parcial en torno a procesos determinados; estos tienen un alto nivel científico y técnico; los modelos organizativos son muy diferenciados; los trabajadores condicionan las decisiones de los "directivos; los servicios tienen múltiples clientes externos; y los productos son distintos para clientes distintos

Los *Sistemas de Calidad en el Sector Sanitario* tienen evidentes ventajas ya que contribuyen a fortalecer la imagen externa del centro sanitario, proporcionan confianza a los usuarios, asignan responsabilidades y funciones a los profesionales sanitarios, contribuyen a mejorar la organización, obliga a establecer unos objetivos y recursos definidos, permite controlar los procesos claves de la atención sanitaria ya que obliga a prevenir y corregir los fallos, mejora el tratamiento de las reclamaciones contribuye a crear en los centros la infraestructura necesaria para implantar la mejora continua

El Plan Marco de Calidad del Servicio de Salud de Extremadura se basa en 8 pilares estratégicos: Calidad de la atención sanitaria, calidad relacional, autorización y acreditación de los centros sanitarios, evaluación de la atención, investigación y formación, sistemas de información, desarrollo profesional y gestión-financiación. Las claves del mismo se orientan hacia la *Calidad Total* y la *Gestión Basada en los Procesos* (de acuerdo al *Modelo EFQM*). Sus objetivos pretendían proporcionar a los ciudadanos centros sanitarios con seguridad y confort, ofertar a los centros un modelo de calidad para poder compararse, fomentar la cultura de la autoevaluación como principio de mejora continua de la calidad y proporcionar un reconocimiento al centro que trabaje en calidad. La Metodología inspirada en el Modelo EFQM, incorpora *estándares de referencia* basados en modelos de calidad ya implantados, que valoran la imbricación de profesionales y los resultados, la obligatoriedad de que todos los centros servicios y establecimientos sanitarios pasen por un proceso de acreditación para su autorización como requisito indispensable para el funcionamiento. Es decir ofrecer a los Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios un camino hacia la calidad basada en estándares estables, unos obligatorios y otros que marcan el camino hacia la excelencia. Los estándares se basan en una normativa y el los resultados probados en otros modelos de calidad organizados en categorías que permitan un abordaje global de la calidad. Se han elaborado con esta finalidad una serie de instrumentos: *Procedimientos para la Autoevaluación, Manual de Autoevaluación, Formación en Autoevaluación, Software para facilitar el proceso*. El resultado final es detectar las áreas de mejora de los centros para elaborar Planes de Mejora. Si los resultados son óptimos se puede solicitar acreditación y comprobar resultados autoevaluación

Normativa desarrollada con esta finalidad : Normativa estatal: *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS*. Normativa autonómica: *Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura*: artículo 76: "para la celebración de concertos con el SES, las entidades e instituciones deberán reunir, necesariamente los siguientes requisitos: haber obtenido la acreditación del CSES objeto de concertación". El *Decreto 227/2005* regula el procedimiento y los órganos necesarios para la aplicación del modelo de calidad y la acreditación de la calidad sanitaria de los CSES de la CAE (DOE 4 de octubre de 2005) con el objeto de regular el procedimiento y los órganos para aplicar el modelo, establecer el procedimiento de acreditación y crear el *Comité de Acreditación de Calidad Sanitaria de la CAE*

Ámbito de aplicación: Centros con internamiento (Hospitales), proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento, Servicios sanitarios integrados en una organización sanitaria y Establecimientos sanitarios. *Exclusiones:* Establecimientos dedicados a distribución, importación, elaboración o fabricación de medicamentos o productos sanitarios, servicios y unidades técnicas de protección radiológica, así como la certificación de programas de garantía de calidad, Consultas médicas, consultas de otros profesionales sanitarios y consultorios locales, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Extracción y trasplante de órganos y tejidos y CSES con normativa específica. *Categorías:* Dirección, Planificación estratégica, Gestión recursos humanos, Gestión de tecnología y recursos materiales, Gestión de la información, el conocimiento y los aspectos éticos, Gestión de procesos, Satisfacción de ciudadanos, Satisfacción del personal, implicación en la sociedad y resultados clave.

La colaboración público/privada : Existe un impulso de esta por las instituciones europeas basado en algunos supuestos: La rigidez presupuestaria, los falsos balances financieros de los servicios públicos. A lo que habría que añadir la presión de las aseguradoras privadas por entrar en el negocio de la salud y las ventajas fiscales otorgadas a las empresas privadas por la falsa creencia de más económico y más eficiente. Como consecuencia esta modalidad ha recibido un importante apoyo legislativo en los últimos años utilizando las Leyes de Acompañamientos de los Presupuestos Públicos del Estado y de las CCAA (Fundaciones sanitarias, Concesiones Hospitalarias, etc.) con el argumento de favorecer la participación de los profesionales. La crisis económica está siendo utilizada para argumentar la necesidad de recurrir a la financiación privada para construir nuevos centros sanitarios. *En España existen diferentes fórmulas de colaboración privada:* Para la construcción, equipamiento y mantenimiento de los centros; para la prestación de servicios de apoyo no sanitarios (lavandería, limpieza, restauración, etc.); para la financiación y explotaciones de la alta tecnología; para la prestación de Atención Hospitalaria y de Atención Primaria

Algunos resultados: Los estudios publicados sobre la evaluación de experiencias concretas en el Reino Unido muestran que empeoran los resultados de los hospitales de gestión pública en el acceso a determinadas prestaciones (como a la oncología) o la quiebra económica de hospitales emblemáticos; que no tienen interés la integración con la Atención Primaria de Salud; que practican la selección adversa rechazando a los pacientes con problemas o enfermedades complejas y costosas. *Elementos de importancia:* a) *Pérdida de control por el sistema público que los financia:* Los consorcios privados asumen el control de todos los pasos en el proceso de construcción y “explotación” del centro; las administraciones sanitarias no tienen elementos de control ni en los documentos legales; una vez adoptada la decisión de optar por esta vía siempre existe la amenaza de desprotección de la población. b) *Incrementan los costes:* A corto plazo se pueden construir centros sanitarios y ponerlos en marcha, pero está demostrado que a medio y largo plazo son hasta cuatro veces más caros; los intereses de las empresas privadas; el reparto de dividendos a los participantes; las renegociaciones de los contratos limitan la capacidad de adaptación a las necesidades sanitarias de tecnológica y de atención sanitaria de la población. b) *Reducen la transparencia en la gestión :* Son empresas constructoras o financieras que tienen políticas de empresas en este sentido. c) *Reducen la calidad asistencial:* Las constructoras concesionarias controlan la calidad de los materiales; limitaciones en la incorporación de alta tecnología por el importe de la concesión; reducen las camas y el personal; hacen selección de casos y disminución de la complejidad (Ejemplo de Madrid. d) *Embargan los presupuestos de inversión:* Los gastos sanitarios en inversiones pasan a gasto corriente, se comprometen los presupuestos por un periodo de, al menos, 30 años que duran las concesiones , estos presupuestos compiten con el resto del presupuesto sanitario.

Conclusiones: Los servicios de salud y las CCAA deben realizar una planificación sanitaria adecuada; apostar por la cohesión del Sistema Nacional de Salud; considerar el gasto sanitario como un gasto productivo y no sólo como un gasto social; adaptar los sistemas sanitarios a las necesidades de salud de la población en lugar de a las demandas de la población; evaluar las tecnologías sanitarias seria y previa a la incorporación de la tecnología al sistema sanitario; desarrollar modelos de calidad integrales para los servicios sanitarios; realizar evaluaciones protocolizadas, con metodológicamente seria y bien diseñada de los “nuevos modelos de gestión; buscar la sostenibilidad y de la eficiencia sin nuevas fórmulas de gestión basadas en el sector privado.

Roberto de Queiroz Padilha
Diretor de Ensino, Instituto Sírio-libanês de Ensino e Pesquisa
Hospital Sírio-libanês
Brasil

Em 2007 os gastos em saúde no Brasil foram de 715 dólares per capita, muito inferior ao que investem os países da OCDE (3005) e a média mundial (857). Ocorre o mesmo se a comparação é realizada tomando como parâmetro o % do PIB destinado à saúde (7,5% no Brasil frente a 9,7%). O objetivo do Sistema Único de Saúde (SUS) é o cuidado com a saúde das pessoas. Sem um financiamento adequado este objetivo não pode ser cumprido de maneira efetiva.

O SUS pretende cumprir de modo efetivo seu objetivo atendendo a critérios de eficiência, controle, regulação e transparência. A estrutura gerencial é arcaica, o controle centra-se nos meios e a cultura da regulação é débil. As diretrizes e princípios que resguardam o direito de alguns em detrimento do benefício de muitos, existem poucos estudos comparativos entre países que pedem um grande esforço de análise. A administração pública no Brasil é regida pelo Regime Jurídico do Direito Público e a sociedade civil pelo Direito Jurídico Privado. Dentro o Regime Jurídico do Direito Público existem diferentes fórmulas de gestão dos centros de saúde: administração direta, autarquias, fundações de direito público, consórcios públicos, empresas dependentes, empresas públicas e sociedades anônimas. Dentro do Regime Jurídico do Direito Privado estão: organizações sociais, serviços sociais autônomos, OSCIP, fundações de apoio e outras entidades do setor terciário.

Roberto De Queiroz Padilha
Director De Ensino, Instituto Sirio- Libanes De Ensino E Pesquisa,
Hospital Risio-Libanes.

Brasil

En 2007 los gastos en salud en Brasil fueron de 715 dólares *per capita* muy inferior a los países de la OCDE (3005) y a la media mundial (857). Ocurre lo mismo si la comparación la realizamos en % de PIB destinado a salud (7,5% en Brasil frente a 9,7%). Los objetivos del Sistema Unido de Saude (SUS) ES el cuidado de la salud de las personas. Sin una financiación adecuada esto no se puede hacer efectivo.

El SUS pretende hacer efectiva esta función atendiendo a criterios de eficiencia, control, regulación y transparencia. La estructura gerencial es arcaica, el control se centra en los medios y la cultura de la regulación es débil. Las directrices y principios que resguardan el derecho de algunos en detrimento do beneficio de muchos; existen pocos estudios comparativos entre países que requieren un gran esfuerzo en los análisis. La administración pública en Brasil se rige por el Régimen Jurídico del Derecho Público y la sociedad civil por el Derecho Jurídico Privado. *Dentro del Régimen Jurídico de Derecho Público existen diferentes formulas de gestión de centros sanitarios:* Administración Directa, Autarquias, Fundaciones de Derecho Público, Consorcios Públicos, Empresas Dependientes, Empresas Públicas y Sociedades Anónimas. *Dentro del Régimen Jurídico del Derecho Privado están:* Organizaciones Sociales, Servicios Sociales Autónomos, OSCIP, Fundaciones de Apoyo y Otras entidades del Sector Terciario.

As origens desta alternativa para financiar com dinheiro privado as infraestruturas sanitárias públicas encontram-se no informe de 1987 do Banco mundial, que propôs um Programa de Reformas que deveria trasladar os gastos do uso de serviços aos usuários, promover os seguros privados e utilizar os recursos públicos.

Esta estratégia teve especial desenvolvimento no Reino Unido onde antes de 1946 a construção dos hospitais era responsabilidade dos governos locais, que se responsabilizavam por buscar investimentos para tal. O Partido Trabalhista que foi eleito para o governo em 1946 nacionalizou os hospitais e centralizou os investimentos de capital, com o que a construção de novos centros passou a ser responsabilidade do Governo Central que os financiava mediante impostos e cotas da Seguridade Social. Entre 1974 e 1999 a crise econômica fez com que o governo reduzisse o gasto público, o que implicou na queda do investimento anual de capital de 28,8 bilhões a 3,3 bilhões significando que o Sistema Nacional de Saúde (NHS) tivesse baixo aporte de capital.

O governo conservador de Margaret Thatcher propôs como solução para a falta de investimentos públicos o modelo de Financiamento Privado (PFI), que permite o uso de capital privado para financiar a construção de hospitais e sua organização tecnológica. Outros objetivos deste modelo eram melhorar a eficiência, incorporando mecanismos da gestão privada aos novos hospitais, a qual se considerava melhor do que a gestão pública.

Por meio deste modelo foram desenvolvidos 76 projetos operativos, dos quais 50 em fase de elaboração, o que supôs um investimento de 6 bilhões de libras, que obrigou ao NHS a pagar 890 milhões de libras ao ano, com a previsão de chegar em 2014 ao valor de 15 bilhões de libras anuais (22 bilhões de euros) às empresas privadas concessionárias. No entanto, como consequência da crise econômica e financeira estas previsões não se cumpriram como mostra a auditoria do *National Audit Office*, que assinala um panorama de pouquíssimo crédito nos anos de 2010/2011 por falta de fundos disponíveis no setor privado, em que pese esta modalidade, com poucos riscos, significar um grande negócio para os investidores.

Depois de 20 anos de experiência neste país existem importantes evidências sobre os problemas associados a este modelo:

Evidência 1: Custos de financiamento muito superiores ao financiamento público. (Tipos de juros do Tesouro 3,0 a 3,5%), os Consórcios jogam ao NHS entre 11,2% e 18,5% dos custos de construção, a distribuição de benefícios aos acionistas supõe 15-25%; os pagamentos às consultorias outros 53 milhões de libras, 24 milhões para o pagamento de advogados para avaliarem os contratos, outro milhão para o controle de execução do contrato e 3,8 milhões para pagar o Departamento do NHS encarregado de controlar as PFI. Há que lembrar que o crédito bancário ao setor privado oscila entre 3 e 4%, muito superior ao do setor público que não chega a 1%.

Evidência 2: A despeito do que se afirma como uma vantagem, não existe transferência de nenhum risco às empresas: se a PFI fracassa o NHS a resgata para evitar que os cidadãos fiquem sem atenção à saúde com o fechamento do hospital.

Evidência 3: Não é mais barato que o investimento nem a construção pública. Este modelo implica num enorme negócio para as empresas concessionárias: no Hospital East Kilbride Kier y Innisfree os consórcios investiram 8,5 milhões de euros e ganharam 145 milhões enquanto a empresa Carillion vendeu 30% do Hospital Darent Valley ao Banco Barclays por 11 milhões.

Evidência 4: Este modelo é subsidiado com dinheiro público. O Hospital Princess Margaret recebeu um subsídio de 42,5 milhões de libras, sendo o custo total do projeto de 148 milhões de libras e o custo do projeto com financiamento público de 45 milhões de libras.

Evidência 5: Este modelo se associa com: a) redução de recursos materiais que significaram redução de leitos em 30%: o Hospital North Durham passou de 900 leitos a 798 após a aprovação de seu financiamento e construção pelo PFI, baixando para 454 leitos no início da construção e, finalmente, com a entrega de uma unidade com 350 leitos. Ainda que tenha sido aprovado um percentual de 70% de equipamentos novos, a empresa entregou apenas 60% (os outros equipamentos foram reaproveitados). b) redução de recursos humanos: no Hospital North Durham foram reduzidos em 35% as enfermeiras previstas.

Evidência 6: Não houve melhora da eficiência. O Informe NAO sobre os hospitais PFI de junho de 2010 mostrou que 33% dos centros possuíam uma execução insatisfatória das obras, os serviços de limpeza, lavanderia, segurança e nutrição não era mais eficiente que os existentes nos hospitais tradicionais e sua manutenção era mais

cara. O Informe propunha que a subcontratação destes serviços fosse revista a cada 5 anos. 47% dos centros PFI foram multados por não cumprirem os contratos (em média em 1 milhão de libras/ hospital). 83% dos hospitais com deficiências eram PFI.

Evidência 7: A PFI tem um impacto negativo para o sistema de saúde. 30% dos hospitais PFI tem impacto negativo sobre o trabalho dos profissionais de saúde: no Hospital de Oxford existem problemas de alta rotatividade de profissionais, no Hospital de Edimburgo a renda proveniente de cirurgias reduziu-se em 13% (quando a meta prevista era aumentá-la em 8%). O Informe da OMS sobre as PFI em nível mundial mostra que a produção de serviços públicos por financiamento privado não demonstrou ser mais eficiente.

Como consequência dos resultados apresentados nos Serviços de Saúde de Gales e da Escócia estão sendo resgatados serviços “auxiliares” dos hospitais (limpeza, nutrição e manutenção). Na Escócia o resgate do Hospital de Edimburgo significou uma economia de 259 milhões de libras. No Canadá a população se organizou em Coligações de Saúde para defender que seus centros sejam públicos. Em outros países a pressão social conseguiu que o modelo parasse de ser utilizado e inclusive o “resgate” de alguns hospitais (Austrália, Nova Zelândia), ou a aprovação de leis que impedem a venda de hospitais públicos (Stopplagen, Suécia, janeiro de 2006). Na Áustria os novos centros são financiados com recursos da Empresa Pública BIG Áustria.

Francisco Reyes Santías

Universidad De Santiago De Compostela

España

Los orígenes de esta alternativa para financiar con dinero privado las infraestructuras sanitarias públicas tienen su origen en las políticas del Banco Mundial que en su informe de 1987 planteó un Programa de Reformas que debería trasladar los gastos del uso prestaciones a los usuarios; promover aseguramiento privado y utilizar recursos privados

Esta estrategia ha tenido un especial desarrollo en el Reino Unido donde antes de 1946 la Construcción de los hospitales era responsabilidad de los Gobiernos locales que se responsabilizaban de buscar inversiones para poder acometerlos. El partido laborista que se hizo con el gobierno en 1946 nacionalizó los hospitales y centralizó las inversiones de capital con lo que la construcción de los nuevos centros pasó a ser responsabilidad del Gobierno Central que los financiaba mediante impuestos y cuotas Seguridad Social. Entre 1974 y 1999 la crisis económica hizo que el gobierno redujera gasto público lo que supuso una caída de la inversión anual de capital de 28.8 billones a 3.3 billones por lo que el Servicio Nacional de Salud (NHS) presentó desinversiones de capital.

El Gobierno Conservador de Margaret Thatcher propuso como solución a la falta de inversión pública la Iniciativa de Financiación Privada (PFI) figura que permite el uso de capital privado para financiar la construcción de hospitales y su dotación tecnológica. Otros objetivos barajados promover esta fórmula eran mejorar eficiencia incorporando la gestión privada a los nuevos hospitales a la que se consideraba mejor que la pública.

A través de esta fórmula se desarrollaron 76 proyectos operativos, estando 50 en fase de desarrollo, lo que supuso una inversión de 6.000 millones de libras capital, que obligaron al NHS a pagar un canon anual de 890 millones libras al año, con unas previsiones para el año 2014 de trasladar 15.000 millones libras anuales (22.000 millones de euros) a las empresas privadas concesionarias. Sin embargo, como consecuencia de la crisis económica y financiera estas previsiones no se han cumplido como muestra una auditoría del *National Audit Office* que señala una panorámica crediticia desértica en los años 2010/2011 por falta de fondos disponibles del sector privado, a pesar de que esta modalidad, con apenas riesgos, suponía un gran negocio para los inversores.

Tras 20 años de experiencia en este país existen importantes evidencias sobre los problemas asociados a esta fórmula:

Evidencia 1: Costes de financiación muy superiores a la financiación pública (Tipos de interés del Tesoro 3,0-3,5%), los Consorcios cargan al NHS entre un 11,2% y un 18,5% a los costes de construcción; los repartos de beneficios a los accionistas suponen otro 15-25%; los pagos a las consultoras otros 53 millones de libras, 24 millones el pago a los abogados para evaluar los contratos; otro millón para el control de la ejecución contrato; y 3,8 millones para pagar al Departamento de NHS encargado de controlar las PFI. Hay que recordar que el crédito bancario al sector privado oscila entre un 3 y un 4%, muy superior al del sector público que no llega al 1%.

Evidencia 2: Pese a lo que se afirma como una ventaja no existe transferencia de riesgo alguno a las empresas: Si la PFI fracasa el NHS la rescata para evitar que los ciudadanos se queden sin atención al cerrarse el hospital..

Evidencia 3: No es más barato que la inversión y construcción pública. Esta modalidad supone un enorme negocio para las empresas concesionarias: en el *Hospital East Kilbride Kier y Innisfree* los consorcios invirtieron 8,5 millones de euros y ganaron 145 millones mientras que la empresa *Carillion* vendió el 30% del *Hospital Darent Valley* al *Banco Barclays* obteniendo 11 millones de libras de beneficios.

Evidencia 4: Estas fórmulas están subvencionadas con dinero público. El *Hospital Princess Margaret* recibió un subsidio de 42,5 millones de libras, siendo el coste total proyecto de 148 millones de libras y el coste del proyecto con financiación pública de 45 millones libras

Evidencia 5: Esta estrategia se asocia con: a) Reducción de recursos materiales que redujeron sus camas en un 30%: El *Hospital North Durham* pasó de 900 camas a 798 tras ser aprobada su financiación y construcción por la PFI, estas descendieron a 454 al inicio de la construcción y finalmente se entregaron 350 camas. Aunque se aprobaron un 70% de equipos nuevos las empresas solo entregaron un 60% (los otros fueron equipos reciclados). b) Reducción de recursos humanos : en el *Hospital North Durham* se redujeron un 35% las enfermeras previstas.

Evidencia 6: No mejoran la eficiencia. El Informe NAO sobre los hospitales PFI de junio del 2010 reflejaba que un 33% de los centros mostraban una ejecución insatisfactoria de la obras; los servicios de limpieza, lavandería, seguridad, catering no eran más eficientes que los de los hospitales tradicionales y su mantenimiento era más caro. Por ello proponía que las subcontratación de estos servicios se revisara cada 5 años. El 47% de los centros PFI fueron multados por incumplir los contratos, con una media de 1 millón de libras por hospital. El 83% de los hospitales con deficiencias eran PFI

Evidencia 7: La PFI tienen un impacto negativo para el sistema sanitario. Un 30% de estos Hospitales PFI tienen impacto negativo sobre trabajo personal sanitario: En el *Hospital de Oxford* existen problemas de rotación del

personal; en el de *Hospital de Edimburgo* los ingresos de cirugía los redujo en un 13% (cuando estaba el objetivo previsto era de incrementarlos en un 8%) . El Informe de la *OMS sobre las PFI a nivel internacional* refleja que la producción privada servicios Públicos por financiación privada no ha demostrado ser más eficiente

Como consecuencia de estos resultados en los Servicios de Salud de Gales y Escocia están rescatando servicios “auxiliares” de los hospitales (limpieza, catering, mantenimiento). En Escocia el rescate del *Hospital Edimburgo* supuso un ahorro de 259 millones de libras. En Canadá la población se ha organizado en *Coaliciones de Salud* para defender la titularidad pública de sus centros. En otros países, la presión social ha logrado la paralización del modelo, e incluso el “rescate” de algunos hospitales (Australia, Nueva Zelanda), o la aprobación de leyes que impiden la venta de hospitales públicos (Stopplagen, Suecia, enero 2006). En Austria los nuevos centros se realizan con financiación de la *Empresa Pública BIG Austria*.

Os serviços de saúde das Comunidades Autônomas

Informes da Federação de Associações para a Defesa da Saúde Pública (FADSP)

Espanha

Categorias e indicadores utilizados: Financiamento, recursos, funcionamento: Gasto per capita (orçamentos das Comunidades Autônomas); Leitos/ 1.000 habitantes; TAC/ 1.000 habitantes; Atenção Primária/ 1.000; Tarjetas Sanitárias/ Médico Generalista; Mortalidade Infantil; Política Farmacêutica: gasto com medicamentos per capita; % de crescimento do gasto com medicamentos, % do gasto com genéricos

Valorização dos cidadãos: Satisfação dos cidadãos: % dos que opinam que é bom/ muito bom (APS, especialidades, urgência, hospitalização), cidadãos vítimas de erros, melhoria global, % dos que preferem assistência pública. Listas de Espera: acesso ao especialista em 15 dias ou menos, Atenção Primária em 24h, % que pensa que melhoraram as listas de espera. Privatização da Saúde: Fórmulas da gestão privada (fundações, empresas, consórcios etc.) e dedicação exclusiva ao sistema público.

Níveis de processos sociais e os critérios para a avaliação: o modelo identifica as principais categorias e critérios que interferem na produção dos cuidados em saúde. Nível macrosocial ou de formulação política: importa conhecer as decisões sobre os direitos e as coberturas, o financiamento, a regulação dos profissionais e dos serviços. Nível mesosocial ou de gestão: importa conhecer as medidas que influenciam diretamente a prestação de serviços, a descentralização e a organização das redes integradas. Nível microsocia é onde ocorre o cuidado e as relações interpessoais entre usuários e equipes. O desempenho dos serviços expressa a interação de todos os níveis e envolve ainda os determinantes sociais, epidemiológicos e biológicos da saúde.

Reflexões finais: Necessidade de considerar na análise a diversidade dos sistemas de saúde na América Latina. Necessidade de eleger metodologias em função de: a análise de poucas e múltiplas dimensões, fontes primárias ou secundárias, perspectiva da análise (gestores, profissionais ou usuários), enfoque da análise no sistema, no cuidado individual ou em ambos. Parece necessário dotar o Observatório de instrumentos suficientemente homogêneos para permitir comparações, mostrar tendências e, ao mesmo tempo, detectar especificidades. A pergunta é: Em que se diferenciara do que já existe? Algumas virtudes imprescindíveis: parcimônia, escuta e continuidade.

Los servicios sanitarios de las CCAA-

Informes de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública-FADSP.

España

Categorías e indicadores utilizados: *Financiación, recursos, funcionamiento:* Gasto per capita (Presupuestos, CCAA); Camas/1000; TAC/1000; Atención Primaria /1000; Tarjetas sanitarias /medico general; Mortalidad infantil; *Política farmacéutica:* Gasto farmacéutico per capita; % Crecimiento de gasto farmacéutico; % Gasto c/ genéricos.

Valoración de los ciudadanos: **Satisfacción** ciudadanos: % que opinan que es bueno/ muy bueno (APS, especialidades, urgencia, hospitalización), ciudadanos objeto de un error, mejora global, % prefieren la asistencia pública. *Listas de Espera:* De especialista en 15 días o menos, Atención Primaria en 24 horas, % que piensa que mejoraron las listas de espera. *Privatización Sanitaria:* Formulas de gestión privada (fundaciones, empresas, consorcios, etc) y dedicación exclusiva al sistema público

Niveles de procesos sociales y los atributos para la evaluación: el modelo identifica las principales categorías y atributos que interfieren en la producción de los cuidados de salud. Nivel macrosocial o de la formulación política: importa conocer las decisiones acerca de los derechos y las coberturas, la financiación, la regulación de los profesionales y de los servicios. Nivel mesosocial o de la gestión: importa conocer las medidas que influyen directamente en la prestación de servicios, la descentralización y la organización de redes integradas. Nivel microsocial es donde ocurre el cuidado y las relaciones interpersonales entre usuarios y equipos. El desempeño de los servicios expresa la interacción de todos esos niveles y se suma a los determinantes sociales, epidemiológicos y biológicos de la salud.

Reflexiones finales: Necesidad de tener en cuenta en el análisis la diversidad de los sistemas en América Latina. Necesidad de hacer elecciones metodológicas en función de: el análisis de pocas o múltiples dimensiones; fuentes primarias o secundarias; perspectiva del análisis (gestores, profesionales o usuarios), enfoque del análisis en el sistema, el cuidado individual o en ambos. Parece necesario dotar al observatorio de instrumentos suficientemente uniformes para permitir comparaciones, mostrar tendencias pero aun detectar especificidades. La pregunta es: ¿En que se diferenciará de lo que ya existe? Algunas virtudes imprescindibles: Parsimonia, escucha y continuidad.

MESA REDONDA:

CARACTERÍSTICAS, PERSPECTIVAS E DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:

FINANCIAMENTO E NECESSIDADES.

MESA REDONDA:

CARACTERÍSTICAS, PERSPECTIVAS Y RETOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD:

FINANCIACION Y NECESIDADES

Tiago Villanueva
Médico de Família
Lisboa

O expositor apresentou os problemas mais importantes da crise de recursos humanos que atinge Portugal no campo da Saúde, que, em sua opinião, são: a falta de adequação entre oferta e demanda, uma elevada taxa de aposentadorias antecipadas e por idade regulamentada; um número insuficiente de vagas em formações para medicina familiar; falta de concursos nacionais e atraso na incorporação de novos especialistas, baixo interesse na especialidade de medicina familiar; baixa capacidade formativa dos médicos na ativa; elevada taxa de abandono da especialidade ou mudança durante o internato.

No momento atual, a reforma dos centros de saúde portugueses para por: melhoria dos sistemas de informação; alinhamento entre remuneração e desempenho de determinadas atividades; melhoria dos contratos, das relações com os gestores, da mobilidade profissional e dos incentivos financeiros.

Tiago Villanueva.

Médico de Familia.

Lisboa

El ponente expuso los problemas más destacados de la crisis de recursos humanos que padece Portugal en sanidad. A su juicio son: La falta de adecuación entre oferta y demanda; una elevada tasa de jubilaciones anticipadas y por edad reglamentaria; un número insuficiente de plazas de formación en medicina familiar; falta de concursos de traslados nacionales y retrasos en la incorporación de nuevos especialistas; la especialidad de medicina familiar resulta poco atractiva; los médicos en activo tienen poca capacidad formativa; tasa elevada de abandono de la especialidad o de cambio durante el internado.

En el momento actual, la reforma de los centros de salud portugueses pasa por: mejorar los sistemas de información; alinear retribuciones con el desempeño de determinadas actividades; mejorar los contratos, las relaciones con los gestores, la movilidad profesional y los incentivos financieros.

Ligia Giovanella
Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ)
Brasil

A Atenção Básica no Brasil tem como fundamentos: garantir o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resolutivos; constituir-se porta de entrada preferencial do sistema de saúde; integralidade em suas diversas dimensões, coordenar os cuidados na rede de serviços; desenvolver vínculo entre as equipes e a população dos territórios sob sua responsabilidade, garantindo o acompanhamento ao longitudinal; promover ações intersetoriais para enfrentar os determinantes sociais, incentivar a participação social (PNAB, MS, 2006).

Implantado, inicialmente, como um programa paralelo e focalizado, desde 1998 a Saúde da Família foi tomada como a estratégia de atenção primária em saúde no Brasil, com caráter substitutivo e reorientador do modelo assistencial no SUS. Executadas por equipes multiprofissionais (EqSF), integrada por um médico generalista (de família e comunidade), um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

A EqSF é responsável em média por 3.000 pessoas (700 a 1.000 famílias) mapeadas pelos ACS por área de residência durante suas visitas. Todos os profissionais trabalham 40 horas semanais, mas com diversos tipos de vínculos de trabalho nos municípios: servidores públicos, assalariados ou temporários. As equipes atuam em Centros de Saúde com 1 a 7 equipes/ unidade de saúde.

Os problemas com que se depara a APS no Brasil são, em grande parte, a necessidades de estratégias de integração da rede de serviços como: sistemas informatizados para agendamento de consultas especialidades, centrais de regulação dos leitos hospitalares, prontuários eletrônicos únicos, construção de centros de especialidades regionais. Por outro lado, há as diferenças de organização e execução entre municípios, devido a excessiva descentralização (5.560 municípios, em que 73% são pequenos – até 20 mil habitantes), baixa capacidade de gestão do sistema (sem economia de escala para prestação de serviços mais especializados). Assim, necessita-se de cooperação intermunicipal para garantir a integralidade e a regionalização dos sistemas de saúde, com a construção de redes integradas coordenadas pela APS, com conselhos de gestão regional.

Ligia Giovanella.

Investigadora Escola Nacional de Saúde Pública. Ensp/Fiocruz

Brasil

La atención básica en Brasil tiene como **fundamentos**: **Garantizar el acceso universal** y continuo a servicios de salud de calidad resolutivos; **Ser la puerta de entrada preferencial** del sistema de salud; **integralidad** en sus diversas dimensiones; **Coordinar los cuidados** en la red de servicios; **Desarrollar vínculo** entre los equipos y la población de los territorios, bajo su responsabilidad, garantizando el seguimiento al largo de la vida (longitudinalidad); **Promover acciones intersectoriales** para enfrentar determinantes sociales; **Incentivar la participación social** (PNAB 2006 - MS).

Implantado inicialmente como un programa paralelo y focalizado, desde 1998 la Salud de la Familia fue asumida como la estrategia de atención primaria de salud en Brasil con carácter sustitutivo y re-orientador del modelo asistencial en el SUS. Proporcionada por **Equipos multiprofesionales (EqSF)** compuestos por un médico generalista (de familia y comunidad), un enfermero, dos auxiliares de enfermería y seis agentes comunitarios de salud (ACS).

El Equipo es responsable en promedio de 3.000 personas (700 a 1000 familias) registradas por el ACS por área de residencia durante las visitas. Todos profesionales trabajan 40 horas semanales pero con diversos tipos de vínculos de trabajo en las municipalidades: servidores del Estado, asalariados o temporales. Los equipos de salud familiar actúan en Centros de Salud con 1 a 7 equipos/CS.

Los problemas con los que se enfrenta la atención familiar en Brasil son por una parte, la necesidad de estrategias de integración de la red de servicios como: sistemas de derivación informatizados para citas de consultas especializadas, centrales de regulación de camas hospitalarias, historias clínicas electrónicas, construcción de centros de especialidades médicas regionalizados. Por otro lado la desigual puesta en práctica por las municipalidades, debido a **la descentralización excesiva (5.560 municipalidades)**, un 73% de los municipios son pequeños con hasta 20 mil habitantes, baja capacidad de gestión del sistema (sin economía de escala para prestaciones más especializadas). Por lo tanto se necesita la cooperación intermunicipal para garantía de la integralidad y una regionalización del sistema de salud, con construcción de redes integradas coordinadas por la APS, con consejos de gestión regional .

Manuel Martín Garcia

Secretário FADSP

Espanha

Atenção Primária em Saúde é o nível dos sistemas de saúde, acessível a todo novo problema ou necessidade, ao longo do tempo, centrada na pessoa mais do que na doença, que oferece atenção a todos os transtornos (com exceção dos mais raros e incomuns) e que coordena e integra a atenção prestada em outros lugares ou por outros profissionais (Starfield). Os componentes chave da APS são a integralidade, a integração com o restante dos serviços, a continuidade e a permanência da atenção, acesso da população, o trabalho em equipe multidisciplinar, a orientação à comunidade e a participação da mesma, a programação e a avaliação de suas atividades e seu caráter de espaço de ensino e pesquisa. Por isso a APS é chave para garantir uma atenção em saúde eficiente.

A comparação dos modelos em saúde segundo sua orientação ou não pela APS (Starfield), utilizando os resultados de 14 indicadores básicos de saúde, como: mortalidade neonatal, mortalidade pós-neonatal, mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer e aos 20, 65 e 80 anos, a mortalidade ajustada por faixa etária, a esperança de vida sem incapacidade antes dos 65 anos e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer, assim como o gasto global per capita corrigido por poder aquisitivo, demonstram que os sistemas como forte presença da APS têm melhores resultados em todos os indicadores. Espanha possui excelentes resultados, estando entre os primeiros colocados em nível mundial tanto para os resultados de saúde como os gastos em saúde, graças à importância da APS no seu sistema de saúde.

Entre os principais sucessos da reforma da APS na Espanha está sua contribuição essencial à melhoria dos indicadores de saúde. A universalização da APS associada à melhoria dos equipamentos dos centros de saúde, ao aumento dos recursos humanos nos mesmos, ao trabalho em equipe, à melhoria do acesso com a expansão dos centros de saúde por todo território e à gratuidade dos serviços no momento de utilização. A satisfação cidadã com os serviços de APS super 70% e sua eficiência demonstra que o gasto per capita na Espanha é 57% dos países da OCDE e na redução da mortalidade prematura prevenível ou tratável (asma, DPOC, doenças cardiovasculares e coronarianas) a APS tem um papel relevante graças aos programas de promoção e prevenção. Além disso, a APS cumpre um importante papel redistributivo uma vez que as pessoas com menores níveis de renda e informação compensam seu baixo consumo de outros serviços com maior acesso e utilização dos serviços primários.

Os elementos essenciais que caracterizam a APS e que deveriam ser garantidos em qualquer reforma são: acesso, acompanhamento longitudinal, porta de entrada do sistema de saúde, continuidade da assistência, integralidade do processo assistencial, polivalência dos seus profissionais e desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção da saúde da população.

Entre os aspectos mais positivos da reforma da APS na Espanha cabe destacar que: acabou com a heterogeneidade assistencial, racionalizou a oferta assistencial, introduziu o trabalho em equipe, incrementou o horário assistencial (2,30 a 7 horas/ dia), melhorou a acessibilidade, racionalizou prática assistencial (programas, faixa etária, problemas), introduziu critérios de gestão do processo assistencial com a avaliação dos resultados e o incentivo profissional, e o desenvolvimento de um sistema de informação integral com a história clínica.

Entre os aspectos negativos estão a não identificação das classes dirigentes, dos políticos, funcionários e classes médias urbanas com o sistema público; que os funcionários não utilizem o sistema público se associando a entidades como o MUFACE e similares (que englobam mais ou menos 3 milhões de pessoas, 90% dos funcionários), ou que os médicos recham a especialidade de Medicina Familiar e Comunitária no momento de escolher sua especialização e que envolve o desconhecimento social dos conteúdos e da importância da APS para a saúde da população, a perda de prestígio e de reconhecimento social e a hegemonia social e profissional do hospital e das novas tecnologias e avanços científicos.

Na Espanha a APS, apesar de tudo, segue sem ter um papel de protagonista. Esta situação se traduz no seu orçamento, que se mantém por volta de 14% do total destinado a saúde (quando em 1984 era de 21%), ou que entre 1999-2003, o crescimento da APS tenha sido de 35,27% frente aos 38,48% da área hospitalar. Como consequência a APS corre o risco de tornar-se uma forma de assistência destinada às classes humildes (idosos, imigrantes, marginalizados e pobres). Neste sentido, cabe ressaltar que as classes médias estão contratando seguros privados em dobro (o baixo gasto público em APS se compensa com um percentual maior de gasto com ambulatorios privados, 57% frente a 32% em média dos países europeus da OCDE).

Os problemas decorrentes do nível de envelhecimento da população (doenças crônicas e aumento da população que necessita atendimento) têm relação com o aumento do número de habitantes por médico (56,5% da capacidade da APS estão massificados), o aumento da população que busca atendimentos com o aumento do número de consultas/ dia, com o tempo de consulta muito curto e o aumento dos tempos de espera, está contribuindo para piorar a relação médico-paciente e reduzindo sua capacidade resolutive e a qualidade assistencial.

Faltam médicos de família e enfermagem para APS uma vez que a proporção de médicos da APS sobre o total é de 35%, 20% inferior ao verificado nos países da União Européia (UE), e o pessoal de enfermagem que trabalha em APS representam 20,6% do total e é 43,7% inferior ao que existe na UE. Além disso, o envelhecimento da população espanhola (o maior do mundo) torna previsível o aumento das demandas dessa população, as pessoas maiores de 70 anos representam um terço das consultas e 30% das consultas de enfermagem são de pessoas entre 70 e 85 anos. A uso real por tipo de profissional em Medicina de Família é de 7 consultas usuário/ano, e em Pediatria de 6 crianças/ consultórios e em Enfermagem de 5 usuários/ ano.

Entre os principais problemas organizacionais cabe destacar a rigidez organizativa das equipes de APS, a elevada carga de trabalho burocrático (supera 30% do total de tempo para os médicos), a indefinição dos papéis e funções dos profissionais na equipe, a pouca flexibilidade das agendas assistenciais, a escassez de incentivos e a marginalização das atividades não assistenciais.

Um novo processo de reforma da APS iniciou-se na Espanha em 2006, como consequência da mobilização dos profissionais de APS agrupados entorno da Plataforma por Dez Minutos de Consulta que se sintonizou com a opinião pública ao denunciar o escasso tempo das consultas (menos de dez minutos por paciente), a superlotação dos profissionais e o surgimento de listas de espera nos centros de saúde.

No ano de 2006 foi aprovado o Congresso Interterritorial (CI) da Estratégia de Atenção Primária XXI (AP21) que englobavam 44 linhas estratégicas (elaboradas e consensuadas por todas as organizações profissionais de AP) para desenvolvimento durante o período de 2006 a 2012. Nela trabalharam sociedades científicas, representantes de Comunidades Autônomas, associações de pacientes e o Ministério de Saúde e Consumo. As cinco grandes áreas estratégicas de melhoria são: melhorar a qualidade dos serviços orientados ao cidadão, aumentar a efetividade e a capacidade resolutive da APS, garantir a continuidade assistencial, participação e desenvolvimento profissional e melhoria da eficiência na organização e gestão dos centros de saúde.

A execução e o desenvolvimento da estratégia transferiram-se para os Serviços de Saúde das Comunidades Autônomas, com a colaboração das organizações profissionais e sindicatos. Recuperar prestígio e legitimidade social da APS para por quebrar a hegemonia do hospital dentro do sistema, incorporar novos recursos clínicos e competências profissionais, aumentar a oferta de prestações de serviços aos cidadãos desde a APS e melhorar a qualidade da assistência.

Os pontos chave deste processo são: aumentar os recursos para acabar com a superlotação e o tempo de consulta escasso, melhorar da capacidade resolutive aprimorando o serviço, eliminando as restrições de acesso aos recursos diagnósticos e às novas tecnologias, racionalizar a atenção mediante manuais, protocolos, etc; melhorar a relação com os hospitais por meio da informatização e o compartilhamento da história clínica; reduzir o trabalho burocrático por meio da informatização e o aumento no número dos

profissionais de apoio, dotar de autonomia e responsabilidade os centros e definir com clareza as responsabilidades de cada grupo de profissionais dentro das equipes.

As ameaças mais importantes para a APS na Espanha passam pela introdução do mercado e da competitividade, a privatização do sistema. A competição é incompatível com a promoção da saúde, a coordenação entre níveis assistenciais, a integração assistencial, a participação comunitária e abre portas para o modelo hospitalocêntrico.

A privatização da APS adota diferentes formas: concessão da gestão a empresas multinacionais (Capio e Apax Partners de ambulatorios, Pontones e Quintana em Madri); integração da APS em hospitais de gestão privada (Concessão Privada; como Alzira em Valência); cooperativas de médicos associados à seguradoras privadas (EBA) com ânimo de lucro, capacidade de endividamento submetidas ao regime jurídico privado e ao direito do mercado (Barcelona) ou financiamento e gestão de novos centros de saúde por consórcios privados (PFI) como na Galícia.

Outro risco são as Gerências Únicas de Área orientadas essencialmente para a gestão clínica e difundidas pelos hospitais em detrimento da APS (com menos peso político e social).

Um único risco está relacionado com a crise econômica que está sendo utilizada pelos governos centrais e autonômicos para reduzir recursos sanitários, restringir direitos dos trabalhadores da saúde (mais intenso na APS que em hospitais). Embora a crise econômica devesse se constituir numa oportunidade para a APS uma vez que seus serviços implicam menores gastos, pois os hospitais utilizam intensivo e irracional de recursos (40% das decisões relacionadas com a destinação de recursos são questionáveis), que a promoção e prevenção são mais eficientes que a cura e que ela permita combater o consumismo em saúde, pois torna a população partícipe dos problemas e custos da APS. A crise está colocando em risco a APS quando a APS deveria ser uma alternativa a crise.

Manuel Martín García.

Secretario FADSP

España

Atención Primaria de la Salud es el nivel del sistema sanitario, accesible a todo nuevo problema o necesidad, a lo largo del tiempo, centrada en la persona más que en la enfermedad, que ofrece atención a todos los trastornos (con excepción de los más raros o inhabituales) y que coordina e integra la atención prestada en otros lugares o por otros profesionales (B. Starfield). Los componentes clave de la misma son la integralidad, la integración con el resto de los servicios, la continuidad y la permanencia de la atención, la accesibilidad a la misma por la población, el trabajo en equipo multidisciplinario, la orientación a la comunidad y la participación de la misma, la programación y evaluación de sus actividades y su carácter docente e investigador. Por ello la AP es clave para garantizar una atención de salud eficiente.

La comparación de modelos sanitarios según su orientación o no la AP (B. Starfield) utilizando los resultados de 14 indicadores básicos para la salud como la mortalidad neonatal, la mortalidad post-neonatal, la mortalidad infantil, la esperanza de vida al año de nacer y a los 20, 65 y 80 años, la mortalidad ajustada por edad, la esperanza de vida sin incapacidad antes de los 65 años y el porcentaje de niños con bajo peso al nacer muestra, así como el gasto global per cápita corregido por poder adquisitivo, demuestran que los sistemas con fuerte presencia de la AP tienen mejores resultados en todos estos indicadores. España muestra unos excelentes resultados con uno de los primeros puestos a nivel mundial tanto en resultados de salud como en gasto sanitario, gracias al importante papel que tiene la AP en el sistema sanitario.

Entre los principales logros de la reforma de la AP en España está el haber contribuido de manera esencial a mejorar los indicadores de salud Universalizó la atención sanitaria asociados a la mejora del equipamiento de los centros de salud, el incremento del personal de los mismos, el trabajo en equipo, la mejora en la accesibilidad asociada a la extensión de los centros de salud por todo el territorio y la gratuidad del servicio en el momento de uso. La satisfacción ciudadana con los servicios de AP supera el 70 % y su eficiencia se demuestra en que el gasto ambulatorio *per cápita* en España es el 57 % de los países de la OCDE y en el descenso de la mortalidad prematura prevenible o tratable (Asma, EPOC, enfermedades cardiovasculares y coronarias) en la que la AP tiene un papel relevante gracias a los programas de promoción y prevención. Además la AP cumple un importante papel redistributivo dado que las personas con menores niveles de renta y de información compensan su infraconsumo de otros servicios sanitarios con un mayor acceso a los servicios primarios.

Los elementos esenciales que caracterizan a la AP y que habría que garantizar en cualquier reforma son la accesibilidad, la longitudinalidad, la función de puerta de entrada en el sistema sanitario, la continuidad de la asistencia, la integralidad del proceso asistencial, la polivalencia de sus profesionales y las actividades de promoción y prevención de la salud de la población.

Entre los aspectos más positivos de la reforma de la AP en España cabría destacar que: Acabó con la heterogeneidad asistencial, racionalizó la oferta asistencial, introdujo el trabajo en equipo, incrementó el horario asistencial (2,30 a 7 horas/día), mejoró la accesibilidad, racionalizó la práctica asistencial (Programas de edad y problemas), introdujo criterios de gestión del proceso asistencial con la evaluación de resultados y la incentiación profesional, y el haber desarrollado un sistema de información integral con la historia clínica.

Entre los aspectos negativos estarían: la desafección de clases dirigentes, políticos, funcionarios y clases medias urbanas; el que los funcionarios escapen del sistema público, a través de mutualidades como MUFACE y similares (que engloban a alrededor de tres millones de personas, 90% funcionarios), o que los médicos rechacen la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a la hora de elegir su especialización y que tiene que ver con el desconocimiento social de los contenidos y la importancia de la AP para la salud de la población, la pérdida de prestigio y de reconocimiento social y la hegemonía social y profesional del hospital y de las nuevas tecnologías y avances científicos.

En España la AP, a pesar de todo, sigue sin tener un papel protagonista. Esta situación se traduce en unos presupuestos que se mantienen en torno al 14 % del total destinado a sanidad (cuando en 1984 eran del 21 %), o que entre 1999-2003, el crecimiento de la AP haya sido del 35,27 % frente al 38,48 % de la hospitalaria. Como consecuencia corre el riesgo de quedar para atender a las clases humildes (viejos, inmigrantes, marginados y pobres), en este sentido cabría destacar que las clases medias estén contratando un doble aseguramiento (el bajo gasto público en AP se compensa con un mayor porcentaje de gasto ambulatorio privado que supone el 57% frente al 32 % de media de los países europeos de la OCDE).

Los problemas funcionales del nivel envejecimiento de la población (enfermos crónicos y población a atender) tienen relación con el aumento del número de habitantes por médico (el 56,5% de los cupos de AP están masificados), el incremento de la frecuentación con un incremento del número de consultas/día, con un tiempo de dedicación al paciente muy bajo y un aumento de los tiempos de espera, que está contribuyendo a deteriorar la relación médico-paciente y reduciendo su capacidad resolutoria y calidad asistencial.

Faltan médicos Familia y Enfermería AP dado que la proporción de médicos de AP sobre el total es del 35 %, un 20% inferior al de los países de la Unión Europea (UE) mientras que la proporción del personal de enfermería que trabaja en Atención Primaria es un 20,6% del total, un 43,7 % inferior al de la UE. Pero además el envejecimiento de la población española (a la cabeza de los países del mundo) hace previsible incremento ya que la demanda de las personas mayores de 70 años acaparan un tercio de las consultas y el 30% de las consultas enfermería son personas de entre 70 y 85 años. Frecuentación real por tipo de profesional en Medicina Familia es de 7 consultas usuario/año, e Pediatría de 6 niño/consultas y en enfermería de 5 usuario/año.

Entre los principales problemas organizativos cabría destacar la rigidez organizativa de los equipos de AP, la elevada carga trabajo burocrático (supera el 30% del total del tiempo de los médicos), la indefinición de roles y funciones de los profesionales de los equipos, la inflexibilidad de las agendas asistenciales, la escasez de incentivos y la marginación de las actividades no asistenciales.

Un nuevo proceso de reforma de la AP se abrió paso en España en 2006, como consecuencia de la movilización de los profesionales de AP agrupados en la Plataforma por Diez Minutos de Consulta que sintonizó con la opinión pública al denunciar un escaso tiempo consulta (menos de diez minutos por paciente), la masificación de los cupos y la aparición de listas espera en los centros de salud.

En el año 2006 se aprobó en el Congreso Interterritorial (CI) *la Estrategia Atención Primaria XXI (AP21)* que englobaba 44 líneas estratégicas (elaboradas y consensuadas por todas las organizaciones profesionales de AP, para desarrollar durante el periodo entre los años 2006 a 2012. En ella trabajaron sociedades científicas, representantes de comunidades autónomas, asociaciones de pacientes y el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo. *Las cinco grandes áreas de las estrategias de mejora son:* Mejorar la calidad de los servicios orientados al ciudadano, incrementar la efectividad y la capacidad resolutoria de la AP, garantizar la continuidad asistencial, participación y desarrollo profesional y mejorar de la eficiencia en la organización y gestión de los centros de salud.

La aplicación y el desarrollo de la estrategia se transfirieron a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA), con la colaboración negociada de las organizaciones profesionales y sindicatos. Recuperar prestigio y legitimidad social de la AP pasa por arrebatar la hegemonía al hospital dentro del sistema, asumir nuevos recursos clínicos y competencias profesionales, incrementar la oferta de prestaciones a los ciudadanos desde la AP y mejorar la calidad de la asistencia.

Las claves de este proceso son: Incrementar los recursos para acabar con la masificación y escaso tiempo consulta; mejorar la capacidad resolutoria mejorando el equipamiento, eliminando las restricciones de acceso a los recursos diagnósticos y a las nuevas tecnologías, racionalizar la atención mediante guías, vías clínicas, etc.; incrementar la relación con los hospitales mediante la informatización y la historia clínica compartida, reducir el trabajo burocrático mediante la informatización y el incremento del personal de apoyo, dotar de autonomía y responsabilidad a los centros y definir con claridad los de cada grupo de profesionales dentro de los equipos.

Las amenazas más importantes para la AP en España pasan por la introducción del mercado y la competencia, la privatización del sistema. La competencia es incompatible con la promoción de salud, la coordinación entre niveles asistenciales, la integración asistencial, la participación comunitaria y abre las puertas de par en par al hospitalocentrismo.

La privatización de la AP adopta diferentes formas: Cesión gestión a empresas multinacionales Capiro y Apax Partners de ambulatorios de, Pontones y Quintana en Madrid; la integración AP en Hospitales de gestión privada (Concesión Privada) como Alzira en Valencia; la cooperativas de médicos asociados a aseguradoras privadas (EBA) con ánimo de lucro, capacidad endeudamiento sometidas al ordenamiento jurídico privado y al derecho mercantil (Barcelona) o la financiación y gestión nuevos centros de salud por consorcios privados (PFI) como en Galicia.

Otro riesgo son las Gerencias Únicas de Área orientadas esencialmente a la gestión clínica y hegemonizadas por hospitales en detrimento AP (con menos peso político y social).

Un último riesgo está relacionado con la crisis económica que está siendo utilizada por los gobiernos central y autonómicos para reducir recursos sanitarios, restringir derechos trabajadores sanitarios (más intensa en AP que en hospitales), a pesar de que la crisis debería ser la oportunidad de la AP por que sus servicios requieren menores gastos ya que los hospitales hacen un uso intensivo e irracional recursos (40% de las decisiones relacionadas con la asignación de recursos son cuestionables), la promoción y prevención son más eficientes que la curación y permitiría combatir el consumismo sanitario dado que hacer participe a la población de los problemas y costes forma parte de la AP. La crisis está poniendo en riesgo a la AP cuando la AP debería ser la alternativa a la crisis.

Francisco Buitrago
Médico de Família
Badajoz, Estremadura
Espanha

O expositor analisou a situação dos profissionais, assinalando como problemas o predomínio da cultura da queixa (ênfatizam problemas e minimizam as soluções); falta de reconhecimento social (entre profissionais e os cidadãos); a deterioração do compromisso profissional: no cumprimento de horários, na participação na formação, na visita domiciliar como algo a evitar, na inclinação à atividade assistencial, na inflexibilidade das agendas (listas de espera para acudir ao MG/MF), nas barreiras de acesso (cartão de saúde).

Também assinalou a oportunidade perda da carreira profissional (tempo trabalhado) e políticas na transição para empresa, a baixa auto-estima profissional, a fragmentação da gestão ("mais caciques do que índios"), a pouca funcionalidade da história clínica eletrônica, a educação continuada determinada pela indústria (e de "representantes comerciais"), a falta de sessões clínicas compartilhadas entre ambos os níveis, pouca confiança da Administração na APS, a limitação do uso das provas diagnósticas (DMO) ou a política dirigida à prescrição.

Para o expositor a gestão em saúde carece de lideranças (ausência de planeamento estratégico), a prescrição eletrônica deveria girar em torno de MF/MG, deveriam existir sistemas de certificação de qualidade e renovar os perfis profissionais com políticas de pessoal adequadas.

Do ponto de vista político, dever-se-ia potencializar a longitudinalidade da APS, com médicos polivalentes para atender com, não convertendo os MF em "mediatras", não converter a APS em porta de saída no SNS, manter os especialistas como consultores da MG/MF e, sobretudo, ter coerência no discurso de potencialização da APS: com destinação de recursos necessários, inovação organizativa e na motivação dos profissionais.

Francisco Buitrago.

Medico de familia.

Badajoz. Extremadura.

España

El ponente analiza la situación de los profesionales, señalando como problemas el predominio de la cultura de la queja (enfatan problemas y se minimizan las soluciones); la falta de reconocimiento social (entre profesionales y en la ciudadanía); la decadencia (deterioro) en el compromiso profesional: en el cumplimiento de horarios, en la participación en la formación, en la visita domiciliaria como mal a evitar, en la inclinación hacia la actividad asistencial, en la inflexibilidad de las agendas (lista de espera para acudir al MG/MF), en las barreras en accesibilidad (tarjeta sanitaria).

También señaló la oportunidad perdida de la carrera profesional (tiempo trabajado) y políticas de traslados en la empresa, la baja autoestima profesional, la atomización de la gestión ("más jefes que indios"), la historia clínica electrónica poco funcional, el que la formación continuada siga en manos de la industria (y de "visitadores ilustrados"), la falta de sesiones clínicas compartidas entre ambos niveles, la poca confianza de la Administración en la APS, la limitación de las pruebas diagnósticas (DMO) o la política de visados en la prescripción.

Otros problemas: el anclaje de los pacientes en las consultas externas, la distribución de cargas laborales asimétrica (con una indefinición en funciones de diferentes roles), la no promoción de la investigación, los coordinadores con nombramiento político (prima la fidelidad a la eficacia), la feminización de la profesión médica, la APS como Cenicienta del sistema (Potenciación de los hospitales) y puerta del sistema, y la ausencia (escasa presencia) de MF en las Facultades de Medicina.

Para el ponente, la gestión sanitaria carece de liderazgo (ausencia de planificación estratégica), la receta electrónica debiera pivotar sobre el MF/MG, debieran existir sistemas de certificación de la calidad, y renovarse los perfiles profesionales con políticas de personal adecuadas.

Desde el punto de vista político, se debería potenciar la longitudinalidad de la APS, con médicos polivalentes para atender COM, no convertir a los MF en "mediatras", no convertir la APS en la puerta de salida del SNS, mantener a los especialistas como consultores de MG/MF y, sobre todo, tener coherencia en el discurso de potenciación de la APS: Asignación de recursos necesarios, innovación organizativa y en la motivación de los profesionales.

*COMUNICADO
FINAL*

Comunicado Final

Seminário Do Observatório Iberoamericano De Políticas De Saúde

Em Mérida (Espanha) em abril de 2011 constituiu-se o Observatório Iberoamericano de Políticas de Saúde integrado por representantes das seguintes instituições e organizações:

- Ministério da Saúde, Brasil
- Conselho de Saúde e Dependência, Junta de Extremadura, Espanha
- Associação Internacional de Políticas de Saúde
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Brasil
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Brasil
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Brasil
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasil
- Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Brasil
- Grupo de Trabalho Saúde de Itaipu Binacional, Paraguai e Brasil
- Universidade Javeriana da Colômbia
- Universidade Nacional de Rosário, Argentina
- Federação das Associações para a Defesa da Saúde Pública (FADSP), Espanha
- Fundação 1º de Maio, Espanha
- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Brasil
- Instituto de Saúde Juan Lazarte, Argentina
- Investiga MAS. Estudo de Saúde e Sociedade, Argentina
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, Portugal
- Universidade do Minho, Portugal
- Coordenação Estratégica dos Cuidados de Saúde Primários, Portugal
- Federação Médica Colombiana, Colômbia
- Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova Lisboa
- Conferência Luso-francófona da Saúde COLUFRAS, Montreal, Canadá

Seu objetivo é constituir-se numa plataforma de observação autônoma, permanente e sistemática, orientada a produzir informação relevante sobre a situação e tendências das políticas e sistemas de saúde iberoamericanas, e que ajude a alcançar progressivamente melhores resultados em saúde, e a identificação e redução das desigualdades em saúde que neste âmbito se produzem.

Este Observatório pretende ser um instrumento útil para avançar na qualidade dos sistemas públicos de saúde iberoamericanos, já que serão estudos comparativamente as distintas áreas e serão feitas propostas de melhoria, trocando experiências entre países.

Esta iniciativa está aberta à incorporação de entidades e pessoas de todos os países que desejem colaborar.

Mérida (Espanha), abril de 2011.

Comunicado final

Seminario del Observatorio de Políticas de Salud en Iberoamérica

En Mérida (España) en abril de 2011 se constituye el Observatorio de Políticas de Salud en Iberoamérica constituido por representantes de las siguientes instituciones y organizaciones:

- Ministerio de Saude, Brasil
- Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura, España.
- International Association of Health Policy
- Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (CONASEMS), Brasil
- Centro Brasileiro de Estudios de Saude (CEBES), Brasil
- Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), Brasil
- Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS) Brasil
- Instituto Sirio Libanes de Ensino y Pesquisa, Brasil
- Grupo de Trabajo Salud de Itaipu Binacional (Paraguay y Brasil)
- Universidad Javeriana de Colombia
- Universidad Nacional de Rosario (Argentina)
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), España
- Fundación 1º de Mayo, España
- Escola Nacional de Saude Pública Sergio Arouca. Fundacao Oswaldo Cruz .Brasil.
- Instituto de la Salud Juan Lazarte. Argentina.
- Investiga MAS. Estudio de Salud e Sociedad. Argentina.
- Associacao Portuguesa dos Medicos de Clinica Geral, Portugal
- Universidade do Minho, Portugal
- Coordenacao Estrategica dos Cuidados de Saude Primarios, Portugal.
- Federacion Medica Colombiana, Colombia.
- Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa
- Conferencia Lusofrancofona da Saude - COLUFRAS, Montreal (Canada)

Su objetivo es configurar una plataforma de observación autónoma, permanente y sistemática, orientada a producir información relevante sobre la situación y tendencias de las políticas y sistemas sanitarios de Iberoamérica, y que ayude al logro progresivo de mejores resultados en salud, y a la identificación y reducción de las desigualdades en salud que en este ámbito se producen.

Este Observatorio pretende ser un instrumento útil para avanzar en la calidad de los sistemas públicos de salud en Iberoamérica, ya que se estudiarán comparativamente las distintas áreas y se harán propuestas de mejora intercambiándose experiencias entre países

Esta iniciativa está abierta a la incorporación de aquellas entidades y personas de todos los países que deseen colaborar.

En Mérida (España), abril de 2011



CENTRO SINDICAL DE ESTUDIOS DE COMISIONES OBRERAS