

Reflexiones sobre los sistemas sanitarios del municipio de São Paulo y de Cataluña. Descripción del modelo sanitario de Brasil y São Paulo (I)

Joan Castillejo^a, Roser Vicente^b, Montserrat Dolz^c, Marcel Prats^d y Encarnació Ramos^e

Introducción

El presente artículo es fruto de una reflexión del sistema sanitario del municipio de São Paulo, desde la visión y la experiencia de profesionales y colaboradores en gestión en el ámbito de la atención primaria de salud de la empresa Gesaworld, S.A. (Barcelona, España), que actualmente participan en un proyecto de modernización de la red de atención primaria de la Prefeitura de Saúde del Municipio de São Paulo en Brasil.

El presente artículo consta de dos partes; una primera en la que, a modo descriptivo, analizaremos el sistema de salud de Brasil y, en concreto, el modelo aplicado en el municipio de São Paulo, y una segunda parte en la que intentaremos describir el Programa Salud y Familia (PSF) en el municipio de São Paulo y reflejar las ventajas, similitudes y retos de los modelos sanitarios de São Paulo y Cataluña, cercanos en cuanto a proyecto en atención primaria, a pesar de ser distantes en cuanto a geografía y momento histórico de desarrollo de ambos modelos sanitarios.

Brasil, con 187 millones de habitantes, ocupa un área de 8,5 millones de km² y tiene fronteras con casi todos los países de América del Sur, excepto con Ecuador y Chile. La República Federativa del Brasil, constituida por 26 Estados más el Distrito Federal, se rige actualmente por la Constitución Federal de 1988, que en su artículo 196 define la salud como «un derecho de todos y un deber del Estado» para toda la población del Brasil, y asegura un «acceso universal e igualitario para las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud¹».

Brasil ha pasado por diferentes transiciones en las últimas décadas, con mejoras en indicadores sociales, como una disminución de la tasa de analfabetismo, y mejoras en la edu-

cación y saneamiento básico, a pesar de que persistan las diferencias de cada región y municipio en los ámbitos social, económico y cultural².

En el índice de desarrollo humano (IDH), diseñado por el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD)³, se observó una clara mejoría entre 1990 y 2003, y pasó de un índice de 0,713 a uno de 0,792, alcanzando la posición 63 en la clasificación mundial.

Como en la mayoría de países en vías de desarrollo, en las últimas décadas Brasil ha sufrido una transición también epidemiológica^{4,5}, que difiere de la transición de países desarrollados, y de otros modelos de Latinoamérica como, por ejemplo, Cuba, Chile y Costa Rica, en el que destaca la existencia de amplias desigualdades observadas entre regiones y comunidades⁶.

Básicamente, las desigualdades en salud de Brasil se observan en las causas de mortalidad y en su distribución por la totalidad del país, con importantes diferencias entre las principales causas de mortalidad asociadas con el sexo, la etnia o la zona geográfica.

Brasil ha experimentado un cambio acelerado en la composición y en el envejecimiento de su población. En los datos de los censos correspondientes a 1980-2000 se observa que la proporción de menores de 15 años se redujo del 38,2 al 29,6%, mientras que la proporción de las personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años pasó del 57,7 al 64,6%, con un incremento de las personas mayores de 65 años, que pasaron de un 6,1 hasta un 8,6%⁷.

Mientras que las causas de mortalidad en el sexo masculino son las causadas por isquemia miocárdica, seguidas de causas cerebrovasculares, homicidios y accidentes de tráfico, destacan en el sexo femenino como primera causa las de origen cerebrovascular, seguidas de la isquemia miocárdica, diabetes, neumonía e hipertensión (tabla 1).

Sistema Único de Salud

El Sistema Único de Salud (SUS), desde su inicio el año 1990, describe a la salud como un derecho de todas las personas y un deber para el Estado, y se define como conjunto de acciones y servicios de salud prestados por instituciones públicas de los 3 niveles de gobierno, nacional, estatal y municipal, responsables por la gestión y financiación, de forma articulada y solidaria, y con participación complementaria del sector privado.

^aPresidente. Grupo Gesaworld, S.A. Barcelona. España.

^bDirectora General. Grupo Gesaworld, S.A. Barcelona. España.

^cDirectora Técnica. Grupo Gesaworld, S.A. Barcelona. España.

^dDirección Asistencial. Prestación de Asistencia Médica Empleados Municipales (PAMEM). Barcelona. España.

^eDirectora Ejecutiva Atención Primaria. Corporación Sanitaria Parc Taulí. CSPT. Sabadell. Barcelona. España.

Correspondencia:
M. Prats i Vilallonga
PAMEM. Viladomat, 127. 08015 Barcelona. España.
Correo electrónico: mprats@pamem.org

TABLA
1

Sexo masculino		Sexo femenino	
Todas las causas	%	Todas las causas	%
Causas mal definidas	12	Causas mal definidas	13
Enfermedad isquémica cardíaca	9,6	Enfermedad cerebrovascular	12
Enfermedad cerebrovascular	8,8	Enfermedad isquémica cardíaca	9,8
Agresiones (homicidios)	8,5	Diabetes	6,0
Accidentes de tráfico	5,5	Influenza y neumonía	4,9
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5,5	Enfermedad hipertensiva	4,4
Influenza y neumonía	4,3	Insuficiencia cardíaca	4,3
Cirrosis y otras enfermedades hepáticas	3,7	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	4,2
Enfermedades perinatales	3,4	Enfermedades perinatales	3,5
Diabetes	3,2	Cáncer de mama	2,6
Insuficiencia cardíaca	3,1	Enfermedades del sistema urológico	2,1

Fuente: SIM/SVS/MS e IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia Estadística. Sistemas de Información).

Entre los principios del SUS destacan la universalidad y la integralidad en la prestación de asistencia, la equidad, la participación de la comunidad en la salud y el principio de subsidiariedad⁸.

La financiación del SUS se realiza mediante la integración de presupuestos de los 3 niveles de gobierno: federal, estatal y municipal, tratando de favorecer a las zonas más necesitadas con presupuestos específicos para el desarrollo del PSF, entre otros programas de ámbito nacional.

A partir del año 1990 (ley 8142/90), se inicia un proceso paulatino de descentralización de responsabilidades y competencias hacia el nivel municipal con el respec-

tivo traspaso regular y automático de recursos desde el nivel federal y estatal hacia el nivel municipal, participando cada nivel con unas funciones diferenciadas (tabla 2).

Programa Salud y Familia

El PSF es una estrategia que reorganiza los servicios de atención básica de acuerdo con los servicios de salud, diseñada y establecida por el Ministerio de Salud del Brasil desde 1994, que vertebraba toda la atención primaria de salud, con especial atención a la accesibilidad universal y a la equidad⁹, y cuya gestión está descentralizada en los municipios.

El PSF define como líneas estratégicas para su actuación en todo el territorio nacional la eliminación de la hanseniasis, el control de la tuberculosis, de la hipertensión arterial (HTA) y de la diabetes, la eliminación de la desnutrición infantil, la salud del niño, la salud de la mujer, la salud del anciano, la salud bucal y la promoción de la salud. Con el PSF se buscó un acercamiento en la atención a la salud de poblaciones que históricamente tenían un acceso limitado¹⁰ (tabla 3).

Debe recordarse que el PSF contempla como principales problemas de salud la diabetes y la HTA en ambos sexos, a pesar de que entre las causas de mortalidad masculina la diabetes ocupa la novena posición y la HTA no consta junto con las neoplasias entre las 10 principales causas de mortalidad, a diferencia de lo que ocurre en el sexo femenino, en el que ambas causas (HTA y diabetes) sí se encuentran entre las 10 primeras causas¹¹.

TABLA
2

Responsabilidad de las unidades gestoras en el desarrollo de la atención básica

Federal	
Elaborar directrices de política nacional	
Cofinanciar el sistema de salud	
Ordenar las necesidades en formación y conocimiento de los profesionales	
Proponer mecanismos para la programación, control, regulación y evaluación	
Mantenimiento de las bases de datos nacionales	
Estatal	
Acompañar e implantar la ejecución de las acciones en atención primaria del territorio	
Regular las acciones intermunicipales	
Coordinar las políticas de calificación de recursos humanos del propio territorio	
Cofinanciar las acciones en atención primaria	
Conseguir resultados en evaluación del territorio	
Municipal	
Definir e implantar el modelo de atención básica en el territorio	
Contrato de servicios con los equipos básicos	
Mantener las redes de unidades básicas en funcionamiento	
Cofinanciar las acciones en atención primaria	
Alimentar los sistemas de información	
Evaluación del conocimiento de los equipos de atención básica	

TABLA
3

Características de la estrategia del Programa Salud y Familia (PSF)

Integralidad e intersectorialidad	
Primer contacto de la población de referencia con el sistema sanitario, identifica necesidades de salud y establece principios de relación, coordinación con red de servicios sanitarios	
Territorialidad	
Partiendo de la población adscrita (2.400-4.500 habitantes), con registro de familias, registro de necesidades, de acuerdo con cada zona implantada	
Equipo multiprofesional	
Desde el año 2003, se ha ido implantando la salud bucodental en los equipos del PSF con un dentista, un auxiliar de consulta y un higienista dental. Otros profesionales, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales y fisioterapeutas pueden incorporarse al equipo según las necesidades de la población	
Responsabilidad y vínculo	
Los equipos asumen la responsabilidad para la mejora de salud y calidad de vida de su población adscrita	
Estímulo y participación de comunidades al control social	
Inductora y participativa con las organizaciones sociales, para la mejora de la calidad de vida	

El PSF fue desarrollado a partir de las unidades básicas de salud (UBS) por los equipos de profesionales multidisciplinares formados por un mínimo de 4 agentes comunitarios por cada médico y profesional de enfermería, para una población asignada de aproximadamente unas 1.000 familias¹². Estos equipos actúan bajo un modelo de prestación diversificada; así, existen equipos directamente dependientes de la estructura administrativa de salud municipal, otros contratados y dependientes de entidades y, finalmente, otros equipos mixtos.

Previamente al PSF, el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (ACS) fue instaurado por el Ministerio de Salud el año 1991, con un despliegue de profesionales cuyo papel se centraba en la educación sanitaria y en la promoción de la salud entre la población de referencia, haciendo hincapié en las intervenciones orientadas a la inclusión social de niños, mujeres, adolescentes, adultos y personas mayores en situación de vulnerabilidad social y riesgo personal, y que sirvió como inspiración al PSF.

Actualmente, el número de agentes comunitarios de salud asciende a 204.000 en el país, y están presentes tanto a nivel municipal urbanizado e industrializado como en ámbitos rurales, como miembros de las UNS o en programas específicos como es el caso de «São Paulo Protege» que, de forma piloto, se desarrolla en la ciudad desde el año 2005¹³, o el programa de la lucha por la erradicación del dengue con 5.700 ACS, centrado en visitas educativas a los domicilios, desarrollo de medidas higiénicas en el tratamiento de las aguas, o distribución de folletos informativos, entre otras acciones. El desarrollo de los ACS (1991) y del PSF (1994-1995) se llevó a cabo inicialmente en ciudades pequeñas y en áreas de baja densidad de población, con escasez de servicios y de profesionales de salud, y con problemas importantes de salud como la alta mortalidad materna e infantil, incidencia de enfermedades transmisibles y baja esperanza de vida al nacer¹⁴. Desde los primeros centros piloto en el año 1994 hasta la actualidad,

el PSF ha ido extendiéndose por todos los municipios de la geografía brasileña. En el año 2005 estaban en funcionamiento 22.410 equipos del PSF implantados en 4.792 municipios del Brasil, cubriendo al 86,2% de municipios y al 40,9% de población brasileña (fig. 1).

La evaluación realizada por el Ministerio de Salud demostró que las estrategias llevadas a cabo con el PSF habían impulsado un cambio en el estado de salud de la población, con reducciones de hasta el 50% en la mortalidad infantil en estados como Pernambuco o Minas Gerais, con una disminución de los ingresos hospitalarios por deshidratación, con un alto cumplimiento del PSF en el control de los pacien-

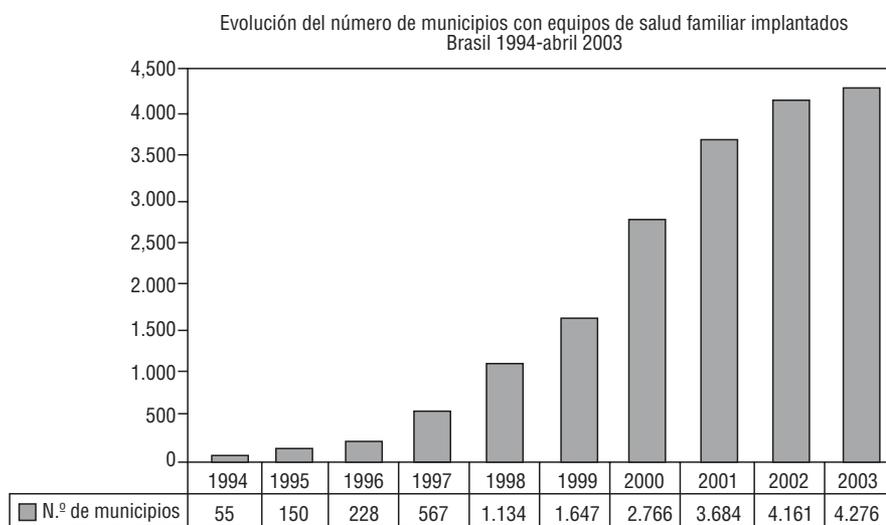
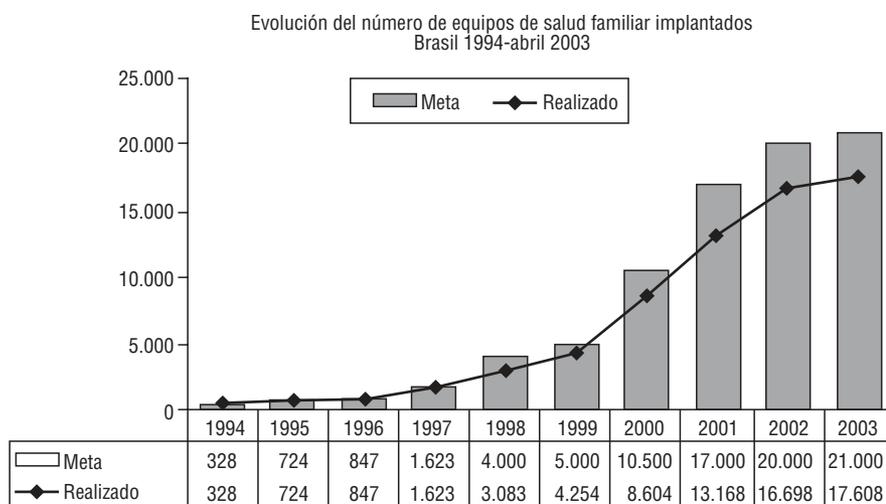


FIGURA 1

Evolución del Programa Salud y Familia (PSF) en Brasil.
Fuente: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

tes con enfermedades asociadas (HTA, diabetes, tuberculosis, lepra), y con un claro impacto en los resultados, con aumento de las consultas prenatales, e incremento de la cobertura vacunal y de la lactancia materna hasta los 4 meses de edad infantil¹⁵.

Sistema de salud en la ciudad de São Paulo

El Estado de São Paulo (Brasil) con una población de aproximadamente 40 millones de habitantes es el de mayor riqueza del Brasil, responsable del 33,4% del producto interior bruto (PIB) del país (2001). Su economía es la más grande de América del Sur (fig. 2).

La ciudad de São Paulo, con una población estimada de 10.927.985 habitantes¹⁶ (oficialmente denominada Município de São Paulo), es la capital del Estado de São Paulo, y está considerada la principal ciudad de Brasil, desde el punto de vista social, cultural y económico, y a pesar de que es uno de los mayores centros financieros de Latinoamérica y el mayor de América del Sur, presenta importantes desigualdades en salud en su propio territorio y constituye el principal polo de atracción de la mayor población del con-

tinente sur, con un elevado número de población no censada, y con una población estimada por la IBGE en el año 2006 en unos 12 millones de habitantes¹⁷.

El índice de desarrollo humano (IDH) tuvo una clara mejoría entre 1990 y 2003, y en el Estado de São Paulo fue de 0,820, (de 0,841 en el año 2007), muy superior a la media de Brasil, de 0,720. La tasa nacional de analfabetismo de la población mayor de 15 años, que fue en el año 2004 del 11,4% en Brasil, presentó una clara diferencia en el Estado de São Paulo junto con Río de Janeiro, con un valor del 5%. En el municipio de São Paulo en la salud se han delimitado 5 grandes microrregiones. El municipio dispone de una red propia de hospitales de diferentes niveles de complejidad, «Pronto Socorro»*, establecimientos de «asistencia médica ambulatorial» (AMA)**, ambulatorios de especialidades, centros de atención primaria, centros específicos para atención al alcoholismo, drogadicción (adultos y niños-adolescentes), servicios de atención especializada en enfermedades de transmisión sexual (ETS)/sida y laboratorios especializados, entre otras unidades. La red básica de salud consta de 403 unidades básicas de salud donde coexiste el modelo tradicional anterior a la reforma sanitaria formado por profesionales que ofrecen una atención inmediata y básicamente curativa con el modelo de PSF.

Actualmente, las infraestructuras en sistemas de información en todos los centros de salud con estrategia PSF permiten el acceso a internet, y a registros y sistemas de información (SIAB) integrados en la base de datos única del Ministerio de Salud (DataSUS), a partir de un conjunto de indicadores que integran tanto registros de actividad como de gestión. A pesar de que en los últimos años ha mejorado tanto el registro como la obtención de información por parte de los profesionales de los UBS, algunos estudios apuntan a que los profesionales presentan ciertas reticencias por tratarse de un registro para ser utilizado básicamente en gestión y apoyo a la financiación de la producción realizada, quedando lejos de ser un soporte de registro para la actividad asistencial¹⁸.

En este sentido, cabe destacar que desde la *Prefeitura Municipal de Saúde* se está desarrollando un nuevo programa informático que permitirá, en los próximos años, un registro no sólo de actividad para los indicadores de PSF, sino también realizar registros clínicos y la historia clínica informatizada.

En la segunda parte de este artículo, analizaremos el PSF en el municipio de São Paulo, y presentaremos las similitudes, ventajas y retos de los modelos de São Paulo y Cataluña.

*Los Pronto Socorro son establecimientos hospitalarios dotados de mayor infraestructura y recursos, cuya función es dar respuesta a problemas graves, y están considerados como la puerta de entrada a las unidades básicas de salud.

**Los AMA son ambulatorios cuya función es dar respuesta a enfermedades de baja y media complejidad en áreas de clínica médica, pediatría y cirugía general o ginecológica, que precisan atención inmediata. Se utilizan como alternativa a las UBS.

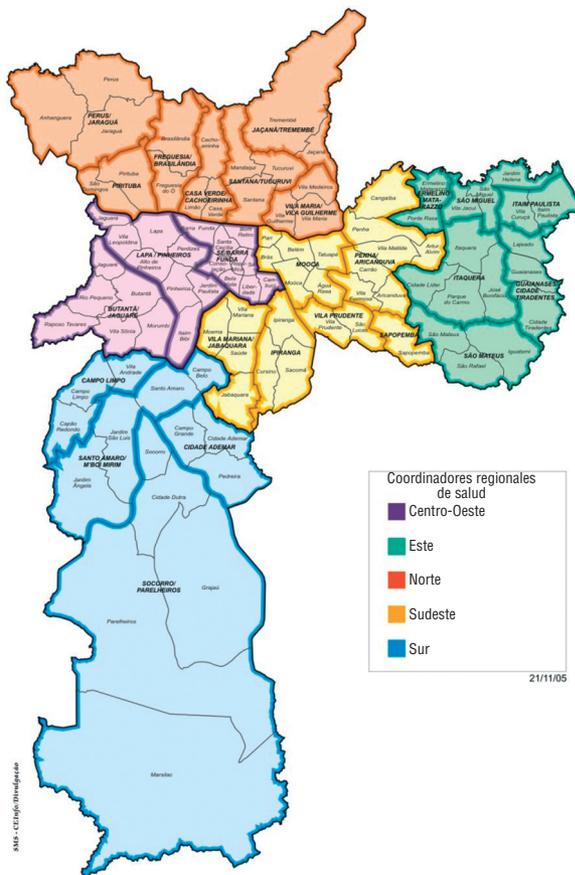


FIGURA 2

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a la Dra. Edjane Torreão Coordinadora, de Atención Básica da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo y al Dr. José Maria da Costa Orlando, Coordenador do Núcleo Técnico de Contratação de Serviços de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, NTCSS-SMS/SP.

Bibliografía

1. República Federativa do Brasil. Constituição. Brasília, 5 de outubro. Artículo 196 de 1988.
2. Banco Mundial. Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2000/2001: luta contra a pobreza. EUA: 2000. Disponible en: <http://www.bancomundial.org.br>
3. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2003. Disponible en: <http://www.pnud.org.br/atlas/>.
4. López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2006;367:1747-57.
5. Omram AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Bull WHO*. 2001;79:161-70.
6. Sabino W, Regidor E, Otero A. Evolución desigual de las causas de muerte en las regiones de Brasil. *Gac Sanit*. 2007;21:480-4.
7. Ministerio da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006. Uma análise da desigualdade em saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília DF: Ministerio da Saúde; 2006.
8. Ministerio da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Saude da familia. Brasilia: Ministerio da Saúde; 2001. Ley 8080/90.
9. Manual de Atención Básica. Portaria GM/MS n. 3925. Noviembre 1998.
10. Resolución Ministerial n.º 648/GM, del 28 de marzo de 2006. Política nacional de Atención Primaria. Capítulo I de la Atención Primaria.
11. Ministerio da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006. Uma análise.
12. Galperin J. «El antiguo médico clínico». Los cuidados de la salud y la posición estratégica del médico de familia. *Revista de Prevención Salud y Sociedad*. 1988;1.
13. Diário Oficial da Cidade Pública. Decreto 49.070.
14. Capistrano Filho D. O programa de Saúde da Família em São Paulo. *Estudos Avançados*. 1999;13(35).
15. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Saúde da Família, v. 1, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
16. Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
17. Instituto Brasileiro de Geografia y Estadística (IBGE).
18. Modesto Barbosa DC, Cassanho Forster A. O sistema de informação da atenção básica – siab nas equipes de saúde da familia. Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Brasil, 2006.