

CAPÍTULO 3

O papel dos municípios na transformação do Sistema de Saúde: uma perspectiva da Espanha

Roberto Nuño-Solinís, MSc

*Director da Deusto Business School Health, Universidade de Deusto,
Bilbau, Espanha*

Autor Correspondente: Roberto Nuño-Solinís
Deusto Business School Health. Universidade de Deusto
Hnos Aguirre, 2; 48014 Bilbao, Spain
E-mail: roberto.nuno@deusto.es
Telefone: +34-688620027

Resumo

O papel desempenhado pelos municípios espanhóis nos cuidados de saúde é marginal. Falta-lhes o poder, os recursos ou a visibilidade necessários. Essa realidade é o resultado de dois processos que ocorreram nas últimas quatro décadas: a descentralização das competências da saúde para as regiões espanholas e a centralização radical pelas Regiões com competências e recursos preexistentes nos níveis municipal e provincial. Na última década, os Serviços Regionais de saúde têm desenvolvido estratégias ativas para a transformação do sistema de saúde para enfrentar a realidade de uma população envelhecida, com uma elevada prevalência de cronicidade e multimorbidade. Como resultado dessas estratégias, estão surgindo modelos clínicos e organizacionais mais integrados, eficientes e sustentáveis. Do mesmo modo, ficou provado que o potencial de eficiência dos novos modelos é muito maior quando os serviços sociais também são integrados. Dado que esses serviços de proximidade são geridos pelos municípios, começa a emergir um novo modelo de saúde-social. Um que articule as esferas da cura e do cuidado, em que o domicílio é o lugar privilegiado da atenção. Nesse contexto, os municípios têm potencial para recuperar a proeminência dada à sua proximidade com o cidadão, a possibilidade de proporcionar oportunidades de participação e a capilaridade da sua rede de serviços.

Palavras-chave: Municípios. Prestação de cuidados de saúde. Cuidados integrados. Inovação.

Introdução

Uma compreensão adequada do papel atual e futuro dos Municípios no setor de saúde Espanhol requer a identificação e análise em profundidade de uma série de quatro macrotendências de alto impacto esperado, que ousamos descrevê-las como tsunamis. Uma metáfora que não procura evocar o catastrofismo, mas uma mudança radical na realidade existente.

O primeiro *tsunami* é o envelhecimento da população, que também tem um impacto transversal, uma vez que afeta todas as outras tendências que descrevemos neste artigo. O envelhecimento da população espanhola já é uma realidade, mas, além disso, as projeções existentes apontam a Espanha como o país mais idoso do mundo em 2040¹. O envelhecimento é o resultado combinado da redução sustentada do número de crian-

ças por família e do aumento progressivo da expectativa de vida. Por conseguinte, se colocarmos na seguinte perspectiva, o envelhecimento é a consequência lógica, entre outras questões, da incorporação das mulheres no trabalho e no planejamento familiar; juntamente com os progressos na saúde pública e na medicina, o desenvolvimento econômico ligado à economia de mercado e a assistência social. Em outras palavras, é um produto das melhorias impressionantes que a humanidade tem experimentado desde o final do século XIX. Na essência, um grande sucesso, cuja contrapartida é a necessidade imperiosa de novas políticas e de inovação dos serviços, especialmente dos públicos, para poder responder à nova situação. Além disso, juntamente com o envelhecimento da população, é também possível observar a diminuição progressiva do número de prestadores de cuidados informais (e o aumento da sua idade média), devido à incorporação maciça de mulheres no trabalho.

Acompanhando esse prolongamento da longevidade, há um aumento na prevalência de condições crônicas e multimorbidade. Ambos os fenômenos estão associados ao envelhecimento; e, por conseguinte, não é de se surpreender que 91,8% da mortalidade na Espanha seja atribuída às doenças crônicas². O aumento das populações idosas, com múltiplas condições crônicas, traduz-se em um aumento da procura de serviços de saúde e de cuidados prolongados.

Uma terceira macrotendência é o efeito de inovações biofarmacêuticas e tecnológicas, que ajudaram no aumento da sobrevivência e na redução da letalidade de muitas doenças. Essas inovações estão contribuindo para a mudança, por meio do efeito da transformação digital, de setores inteiros da atividade econômica, modificando, de forma radical, comportamentos e normas sociais.

Por último, outra tendência maciça é o despovoamento e o envelhecimento do mundo rural, no qual os impactos demográficos descritos são fortemente impulsionados pelo fluxo migratório do campo para a cidade. Na Espanha, esse fenômeno é particularmente visível no Noroeste Peninsular e no chamado deserto Celtiberiano.

Esses quatro *tsunamis* são combinados com a escassez de recursos, em uma economia que começa a crescer com taxas moderadas após a crise, em que a cobrança de imposto encontra seus limites na resistência dos contribuintes ao aumento da pressão fiscal e os custos para a competitividade da economia em si. Não existem soluções milagrosas para enfrentar a crônica insuficiência orçamental do setor público da saúde, sendo necessário apostar na melhoria da técnica e eficiência distributiva dos recursos disponíveis, juntamente com as políticas de racionalização e priorização de benefícios.

Como resultado desses quatro *tsunamis*, uma agenda muito completa para a transformação dos serviços sociais e de saúde emerge juntamente com a necessidade de repensar os sistemas sociais e de saúde. Nesse processo de transformação, é notória a ausência do âmbito municipal, excluído do setor da saúde nas últimas décadas, por meio de um conjunto de reformas legislativas e de decisões políticas. Essas duas, que marcaram um caminho de dependência no sistema de saúde espanhol, caracterizam-se pela descentralização do Governo Central para os Governos das Regiões, chamadas de Comunidades Autônomas (CAs) e pela recentralização das competências, historicamente a cargo dos municípios e províncias, para os CAs. No mesmo movimento legislativo, a Lei Geral da Saúde (LGS), que definiu o Sistema Nacional de Saúde Espanhol e seus traços básicos: universalidade; acessibilidade; centrada na atenção primária de saúde; financiada por impostos etc., estabeleceu o caminho para a devolução de poderes às regiões. Por conseguinte, a partir de 2002, à exceção de Ceuta e Melilha, os 17 Estados CAs espanhóis são plenamente competentes para planejar, organizar e gerir os serviços de saúde financiados pelo setor público dos seus territórios.

Consequentemente, após a conclusão do processo de descentralização dos serviços de saúde para os CAs em 2002, o papel dos municípios na saúde é residual, e não existem iniciativas relevantes para o incentivar. Isso se contrasta com o papel que as administrações locais poderiam desempenhar na proteção e promoção da saúde, que já foi amplamente reconhecido, por exemplo, em iniciativas como o Projeto Cidades Saudáveis³, inicialmente promovido pelo Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual muitos municípios de nosso país aderiram, cientes de que eles devem promover políticas de saúde nessa área.

Como é sabido, os países da União Europeia (UE) ratificaram no Tratado de Maastricht o princípio da subsidiaridade, segundo o qual as competências sobre um determinado assunto não devem ser assumidas por uma administração territorial de nível superior, enquanto o nível administrativo imediatamente inferior é capaz de gerir eficazmente. Por outras palavras, os serviços públicos devem responder a um princípio de eficácia e proximidade dos cidadãos e fugir de grandes organizações burocráticas ou centralizadas. No entanto, na Espanha, a hipertrofia das administrações regionais, a sua hegemonia e a sua voracidade não só absorveram os recursos existentes no domínio da saúde como privaram os cidadãos de qualquer debate sobre o papel municipal no sistema e a participação cidadã.

A origem desta situação encontra-se nos acordos que tinham de ser alcançados para iluminar a LGS, e é uma das razões para o inexplicável esquecimento dos municípios na lei, apesar do papel que eles desempenharam historicamente no setor da saúde. Além disso, as dificuldades para articular um sistema de participação efetiva (influência real nas decisões) da cidadania no Sistema Nacional de Saúde têm sido defendidas como uma explicação para o papel escasso dado aos municípios na LGS.

Por outro lado, a Lei do Regime Local atribui aos municípios competências em promoção da saúde e proteção (englobado no que, talvez de forma genérica, tem sido chamado de “saúde pública”), e a participação na gestão dos cuidados de saúde e atenção primária (Lei de Bases do Regime Local, artigo 25.2). Do mesmo modo, o desenvolvimento legislativo profuso inclui organismos de participação como os Conselhos de Saúde, em que as administrações locais têm uma presença, embora, por várias razões, a atividade prática desses conselhos de saúde seja testemunhal⁴.

No grande esquema que delineamos, há algumas exceções. Por exemplo, na Catalunha, os municípios têm tido um papel singular na organização dos serviços de saúde. Essa participação é mais visível no ambiente hospitalar e, sobretudo, nas chamadas Organizações Integradas de Saúde (OIS), nas quais as instituições locais participam na governança e gestão de todas as áreas de atendimento relevantes (atenção primária, hospital, centros crônicos ou até mesmo serviços sociais em alguns casos).

A tendência central, em termos de concentração de poder e de orçamento nas Regiões, continua a aumentar. Por exemplo, a maior parte das despesas públicas de 2015 foi para o Sistema Nacional de Saúde Espanhol (SNS), gerido pelas CAs (92,4%), enquanto os serviços ligados aos municípios pagaram apenas 1%. A despesa pública representa 71,1% da despesa total com a saúde, e existe uma elevada variabilidade inter-regional em 2015, – tendo como exemplo, a diferença entre a despesa per capita mais elevada País Vasco -1.548 € e a menor como em Andaluzia -1.004 € per capita foi de 544 €.

A Espanha tem municípios com uma grande diversidade de tamanhos de população: o maior município é Madrid (3.132.463 habitantes), e o menor é Illán de Vacas, em Toledo (6 habitantes). Há 15 grandes cidades na Espanha, habitadas por 250 mil ou mais cidadãos, mas 84% dos municípios têm menos de 5 mil habitantes, representando apenas 13% da população total. Esse fator de dimensão da população torna questionável a possibilidade de transferir competências complexas para o âmbito local. Alguns

países nórdicos, como a Suécia, antes de empreender reformas radicais de descentralização, começaram a reduzir, de forma muito marcada, o número de municípios que favorecem a sua fusão em unidades com maior capacidade de gestão. Na Espanha, esse tipo de reforma parece difícil de ser aplicada em curto prazo. Considerando a questão dos pequenos municípios, outras soluções podem ser exploradas, como a criação de organismos supralocais, que permitam explorar economias de escala.

As autoridades regionais de saúde são responsáveis pelo planejamento executivo dos serviços de saúde pública e pela prestação de atividades de fiscalização e monitoramento da saúde pública (*status* da saúde, determinantes da saúde e riscos para a saúde). A autoridade de saúde também atua como o centro regional da rede nacional de vigilância de epidemias e dos ambientes de atendimento que fornecem programas de triagem baseados no fator populacional. Finalmente, a autoridade de saúde apoia os prestadores de serviços de saúde no desenvolvimento de programas de prevenção e promoção da saúde, mediados por escolas ou organizações não governamentais. Em coordenação com as autoridades regionais de saúde, os municípios são agentes críticos de saúde pública nas seguintes atividades de controle de saúde:

- ambiente: poluição atmosférica, abastecimento e qualidade da água, tratamento de águas residuais, resíduos urbanos e industriais;
- indústrias, atividades e serviços, transportes, ruído e vibrações;
- edifícios e locais de residência ou reunião humana, cabeleireiros, saunas e centros de higiene pessoal, hotéis e centros residenciais, escolas, parques turísticos e áreas de atividade física, esportes e recreação;
- distribuição e fornecimento de alimentos perecíveis, bebidas e outros produtos direta ou indiretamente relacionados com o uso ou consumo humano, tais como meios de transporte;
- cemitérios e política de saúde mortuária.

O envolvimento dos municípios na prestação de serviços de saúde é mínimo. Em algumas regiões, os departamentos de saúde concedem subsídios aos municípios para complementar programas de saúde pública sobre abuso de drogas, educação para a saúde nas escolas, prevenção secundária na saúde mental, riscos ocupacionais, promoção da saúde para as minorias da população etc.

Recentemente, o conselho Interterritorial do SNS aprovou, em janeiro de 2015, o Guia para a Implementação Local da Estratégia do SNS para Promoção e Prevenção da

Saúde⁵. Essa estratégia estabeleceu, pelo menos na teoria (apenas 175 municípios aderiram à estratégia, 2,17% do total), a liderança dos municípios nesse domínio mediante da sua ação intersetorial.

Quando se trata de cuidados de longa duração, os municípios prestam serviços de assistência social no contexto da Lei 39/2006 para a promoção da autonomia pessoal e assistência a Pessoas em Situação de Dependência (SAAD). A prioridade no acesso a cuidados prolongados é determinada pela avaliação do grau de dependência e dos ativos financeiros dos candidatos. Os serviços são copagos de acordo com o tipo de serviço exigido e com a capacidade de pagamento. O pacote de benefícios inclui os seguintes serviços: a) promoção da autonomia pessoal e prevenção de dependência; b) teleassistência; c) assistência residencial (manutenção da casa, cuidados pessoais, centros especializados e serviços de creche); d) residencial (serviços de casa de repouso para dependentes idosos ou residência para pessoas dependentes, adaptado ao tipo de deficiência).

Na Espanha, os benefícios econômicos da integração entre os serviços de saúde e cuidados prolongados foram comprovados⁶, e ambas as atividades tenderão a coincidir em certos grupos populacionais, na sua maioria, idosos, doentes crônicos complexos, pessoas com doenças mentais graves etc. Os cuidados desses grupos exigirão o estabelecimento de planos conjuntos de cuidados entre os serviços de saúde e os serviços de assistência social. A eficácia desses programas de cuidados estará fortemente ligada à capacidade de os concentrar nas necessidades dos indivíduos e na capacidade de oferecê-los em casa (políticas de proximidade).

Embora na Espanha tenha sido aceita, nos últimos anos, a necessidade de enfrentar o desafio da cronicidade de uma forma diferente, tanto na área clínica como nas áreas de gestão e política⁷, isso não significa que tenham sido tomadas medidas com energia e liderança suficientes em todas as Regiões. Pelo menos as regiões pioneiras estão começando a mostrar avanços muito relevantes. Por exemplo, no País Basco, em 2010, esse desafio foi levantado por intermédio de uma estratégia específica que foi implementada e ampliada ao longo dos últimos oito anos⁸. Atualmente, a maioria dos CAs tem desenvolvido uma estratégia para lidar com a cronicidade. Além disso, o Ministério da Saúde, Serviços Sociais e Igualdade desenvolveu uma estratégia de cronicidade em 2012, e várias sociedades científicas promoveram a Declaração

de Sevilha sobre a necessidade de inovação de cuidados para pacientes crônicos. Todas essas estratégias de cronicidade são baseadas no Modelo de Cuidados Crônicos (CCM) de Wagner⁹.

A transformação do modelo de prestação de serviços de saúde deve ser sistêmica, uma vez que ficou demonstrado que as experiências que se concentram apenas em uma dimensão CCM podem não atingir o impacto esperado em eficiência. A fim de realizar ganhos de eficiência, é necessário intervir de forma estruturada sobre múltiplas possibilidades de mudança (as seis dimensões do CCM). Os benefícios da implementação das intervenções subjacentes ao CCM são quase imediatos em termos de indicadores de qualidade, particularmente no processo de métricas, mas também em alguns indicadores de resultado, enquanto o retorno econômico aparecerá em médio prazo; e os resultados na saúde da população, em médio e longo prazo^{10,11}.

A implementação desses modelos não necessariamente exigem um investimento substancial (exceto onde for apropriado, aqueles ligados à tecnologia e aos sistemas de informação), mas a redistribuição de recursos em favor dos cuidados primários e de serviços à comunidade é necessária, bem como o investimento na gestão de mudanças e de tempo para os líderes e facilitadores, profissional de suporte da liderança, formação e ecossistemas, para promover inovação de baixo para cima¹².

Discussão

Na análise comparativa da participação dos municípios nos serviços de saúde, deve-se considerar a diferença entre os países com modelos bismarckianos e os modelos Nacionais de Sistemas de Saúde, em particular os nórdicos. Nos primeiros, o papel local dos municípios limita-se às questões de saúde pública. Neste último caso, os países nórdicos constituem um exemplo quase único em que a gestão e a responsabilidade dos serviços de saúde correspondem aos municípios ou aos órgãos de administração local. Essa diferença entre os países nórdicos e outros países da OCDE também se reflete na integração de cuidados de saúde e de serviços sociais em nível primário¹³. Deixando de lado essa exceção nórdica, existem algumas experiências de descentralização do poder para o âmbito municipal, como Devo Manc¹⁴ no Reino Unido, que nos dá exemplos para acompanharmos de perto.

Essas experiências destacam duas questões principais. Por um lado, a necessidade de contar com organizações capazes de atender a uma crescente demanda de cuidados integrados (serviços de saúde e assistência social), que, até então, tem sido inadequadamente resolvido por linhas de serviços governados por diferentes entidades. Como consequência, a fragmentação dos cuidados continua a ser generalizada em todo o mundo. Nesse contexto, a coordenação dos cuidados de saúde é complexa, o que nos sugere avançar na integração dos serviços. Por outro lado, a proximidade das autoridades competentes, neste caso, as autoridades de saúde em nível local, com apoio político (eleições), promove a agilidade e a transparência da informação, que, ao mesmo tempo, incentiva a participação dos cidadãos. Essas organizações devem responder às especificidades locais, bem como fornecer sistemas estreitos para a participação dos cidadãos, em que podem desempenhar um papel consultivo, mas também um papel regulador desses serviços.

Os municípios, geralmente, assumem a assistência social primária; eles atuam como porteiros para serviços de assistência social de nível primário ou no desenvolvimento de políticas de promoção social na comunidade; também desenvolvem múltiplos programas de proteção social e promoção da saúde, tudo dentro de um conceito mais amplo que tem sido chamado de “serviços pessoais”. Para isso, desenvolveram uma grande variedade de soluções típicas para questões de integração entre diferentes linhas de serviços; encontraram fórmulas de trabalho imaginativas para incentivar a participação pública, tais como processos participativos ambientais e orçamentários, e desenvolveram sistemas de gestão flexíveis, que fornecem muitos serviços por meio de diferentes estruturas e processos organizacionais: fundações, parcerias, empresas públicas limitadas, redes etc.). O eleitorado a este nível costumava estar muito atento às decisões tomadas pelos prefeitos, o que proporciona aos cidadãos um poder de influência direta. Essas fórmulas constroem pontes entre os cidadãos e os seus órgãos dirigentes, gerando maior grau de sensibilização, aumentando os níveis de decisões informadas e de influência do eleitorado na tomada de decisões políticas.

A partir da presença do conselho municipal na governação e gestão dos serviços, seria de se esperar, além de proporcionar uma grande viabilidade aos serviços de assistência social, promover os cuidados integrados por intermédio de uma maior variedade de modelos de gestão e de uma maior adaptabilidade dos serviços às necessidades da população. Além disso, o desenvolvimento de um modelo de aten-

dimento local em âmbito municipal, que integre a gestão de hospitais comunitários, atenção primária, serviços sociais, bem como programas de promoção da saúde e saúde pública, não requer a alteração de qualquer lei, mas simplesmente a implementação das existentes.

Conclusão

O papel desempenhado nos serviços de saúde pelos municípios espanhóis é marginal, uma vez que lhes falta o poder, os recursos e a visibilidade necessários. O mesmo se pode dizer da sua relevância nas políticas de saúde. Essa realidade é o resultado de dois processos que ocorreram nas últimas quatro décadas: a descentralização das competências de saúde para as regiões espanholas e a centralização radical pelas regiões de competências e recursos preexistentes em âmbito municipal e provincial.

Na última década, os Serviços Regionais de Saúde têm desenvolvido estratégias ativas para a transformação do sistema de saúde. Como resultado dessas estratégias, estão surgindo modelos clínicos e organizacionais mais integrados, eficientes e sustentáveis. Do mesmo modo, ficou provado que o potencial de eficiência dos novos modelos é muito maior quando os serviços sociais também são integrados. Dado que esses serviços de proximidade são geridos pelos municípios, começa a emergir um novo modelo de saúde-social. Um que articule as esferas da cura e do cuidado, em que o lar é o lugar privilegiado da atenção. Nesse contexto, os municípios têm potencial para recuperar a proeminência dada à sua proximidade com o cidadão, à possibilidade de proporcionar oportunidades de participação e à capilaridade da sua rede de serviços. Em todo caso, estamos perante um modelo embrionário; e ainda é cedo para dizer se ele pode dar fruto. Isso requer uma nova compreensão da realidade: que a incorporação de autoridades locais em serviços de saúde pode ser um caminho quase inexplorado para o desenvolvimento de um sistema integrado, um modelo de saúde centrado nas pessoas, com maior participação do cidadão e flexibilidade gerencial.

Conflitos de interesses: nenhum

Referências

1. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, McGaughey M, Pletcher MA, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios 2016–2040 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018;392:2052-90.
2. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona PJ, Fernández E, et al. The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018 Sep 14 [accessed on 2018 jul 20];151(5):171-190. Available from: 10.1016/j.medcli.2018.05.011.
3. WHO. WHO European Healthy Cities Network. 2018 [accessed on 2018 nov 17]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities>.
- 4.- Pané i Mena O, Vargas Lorenzo I. [Primary care and the local authority. Is municipal involvement in primary health care management possible in Spain?]. *Aten Primaria*. 2002 Nov 30;30(9):581-7.
5. Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña-Longobardo LM, et al.. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2018;20(2):1-179.
- 6.- Costa-Font J, Jiménez S, Vilaplana C. Does Long-Term Care Subsidisation Reduce Unnecessary Hospitalisations. Documento de Trabajo no. 2016-05, Madrid: FEDEA; 2016.
7. García-Goñi M, Hernández-Quevedo C, Nuño-Solinís R, Paolucci F. Pathways towards chronic care-focused healthcare systems: evidence from Spain. *Health Policy*. 2012 Dec;108(2-3):236-45.
8. Urtaran-Laresgoiti M, Álvarez-Rosete A, Nuño-Solinís R. A system-wide transformation towards integrated care in the Basque Country: A realist evaluation. *International Journal of Care Coordination*. 2018;21(3):98-108.
9. Wagner EH. Chronic disease management: what will take to improve chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998;1:1-4.

10. Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):75-85.
11. Martínez-González NA, Berchtold P, Ullman K, Busato A, Egger M. Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review. *International Journal for Quality in Health Care*. 2014;26(5):561-70.
12. Nuño-Solinís R. Development and implementation of the Chronicity Strategy for the Basque Country (Spain): lessons learned. *Gac Sanit*. 2016 Nov [accessed on];30(Suppl 1):106-110. Available from: [10.1016/j.gaceta.2016.03.011](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.03.011).
13. Diderichsen F. Devolution in Swedish health care. *BMJ*. 1999;318:1156-1157
14. Walshe K, Coleman A, McDonald R, et al. Health and social care devolution: the Greater Manchester experiment. *BMJ*. 2016. Available from: [i1495 https://doi.org/10.1136/bmj.i1495](https://doi.org/10.1136/bmj.i1495).