

Resiliencia de los sistemas de salud

*Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato*¹

doi: 10.1590/0102-3111XES176622

La epidemia de COVID-19 nos enseñó sobre lo inesperado y nos instó a crear mecanismos para prepararnos para tal. Ya sea en la vida privada o en la vida pública, tuvimos que lidiar con aprendizajes casi diarios sobre cómo enfrentar choques sobre los cuales no teníamos control. La capacidad de enfrentar estos choques no es trivial e incluso cuando se controla, deja a veces consecuencias duraderas en la vida de los individuos y de la sociedad. Sin embargo, la literatura ha demostrado que dados los ejemplos recientes de las pandemias H1N1, H3N2, H2N2, zika y ébola, las pandemias serán cada vez más comunes y no necesariamente eventos inesperados e impredecibles¹. En ese sentido, la ciencia está cada vez más preocupada por cómo enfrentar estos eventos, particularmente en el caso de los sistemas de salud. El tema ha sido tratado como la resiliencia de los sistemas de salud y, dado su carácter reciente, es muy bienvenida la contribución del artículo *Resiliencia del Sistema Único de Salud Brasileño en el Contexto de la Pandemia del COVID-19: ¿Cómo Fortalecerse?*, de José Patrício Bispo Júnior², publicado en este número, que estimuló este editorial.

¹ Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.

La resiliencia tiene muchos significados y hoy puede considerarse un concepto paraguas para abarcar varios elementos que antes eran tratados como sostenibilidad, a los que se sumaron los elementos de adaptabilidad y transformación³. Los estudios sobre la resiliencia que se originan en el análisis de la resistencia de las estructuras de ingeniería son ya tradicionales en el campo de los riesgos climáticos, como los eventos extremos, y se extienden a la capacidad individual para hacer frente a las adversidades o adaptarse a circunstancias estresantes, como la resistencia al dolor. Hay muchas definiciones para la resiliencia, que incluyen desde conceptos que se centran en aspectos singulares de la recuperación de traumas hasta la resiliencia no solo como reacción, sino también aprendizaje y proactividad⁴.

En la salud pública, el término gana más visibilidad como resultado de su relación con los desastres⁵ y se extiende a la aplicación en los sistemas de salud desde la ecología, ampliándose principalmente con la epidemia de ébola, lo que estimula el crecimiento de la producción científica sobre resiliencia de los sistemas de salud⁶. Sin embargo, el tema es muy incipiente en el caso brasileño. Una breve búsqueda en la base de datos de Capes Periódicos (<https://www.periodicos.capes.gov.br>) indica solo seis artículos nacionales revisados por pares sobre la resiliencia en los sistemas de salud, mientras que se encuentran más de trescientos en la literatura internacional y en el análisis de otros países.



Para Biddle et al. ⁶ el concepto de resiliencia de los sistemas de salud ha sufrido cambios significativos, pasando de estar restringido a una mera capacidad de los sistemas a incluir tanto la contribución de los individuos como a reconocer los contextos sociales, económicos y políticos más amplios en los que se producen las respuestas. Aun así, el concepto es muy amplio y toma diferentes definiciones según el enfoque de los análisis. Lo que es relativamente común en la literatura es tratar la resiliencia como relativa a la capacidad de absorber, adaptar y transformar. Para los sistemas de salud, Blanchet et al. ⁷ (p. 433-4) definen la resiliencia como “*capacidad de un sistema de salud para absorber, adaptarse y transformarse cuando se expone a un choque y aún así mantener el control sobre su estructura y funciones*”. Los autores resumen las condiciones tratadas en la literatura señalando la capacidad de absorción como la capacidad del sistema para continuar entregando el mismo nivel de asistencia, en cantidad, calidad y equidad, a pesar del choque sufrido; la capacidad adaptativa como la habilidad de los actores para garantizar la misma asistencia con recursos menores o modificados, lo que implica realizar adaptaciones organizacionales y la capacidad transformadora como la habilidad de los actores para transformar las funciones y estructuras del sistema en respuesta a un entorno cambiante.

Cabe señalar que estos elementos son normativos y permiten identificar las condiciones y el afrontamiento de los sistemas, pero brindan poca información sobre si los sistemas están o no preparados para eventos de crisis. Para ello, Blanchet et al. ⁷ proponen cuatro dimensiones analíticas interdependientes que ayudan en el análisis de la resiliencia de los sistemas. Son el conocimiento, que se refiere a la capacidad de recopilar, integrar y analizar diferentes formas de conocimiento e información; las incertidumbres, que se refiere a la habilidad de anticipar y afrontar incertidumbres y sorpresas; la interdependencia, que sería la capacidad de considerar y lidiar con dinámicas y *feedbacks* en múltiples escalas, y la legitimidad, que se refiere a la capacidad de construir instituciones socialmente aceptadas y contextualizadas. La dimensión de legitimidad se destaca al incluir los aspectos político-institucionales que, en general, quedan fuera de los estudios sobre resiliencia de los sistemas de salud. De hecho, en una amplia revisión de estudios empíricos, Biddle et al. ⁶ identificaron una gran proporción de estudios sobre la resiliencia en la oferta de servicios de salud, pero donde las instituciones estuvieron bastante ausentes.

La literatura también ha señalado otros aspectos relevantes de la resiliencia. Uno de ellos es el papel de la sociedad, que en general es pasado por alto por los estudios específicos para los sistemas de salud, pero fundamentales cuando se trata de eventos climáticos extremos. En el caso de las pandemias, la respuesta de la población es fundamental tanto para enfrentarlas como para recuperarse de ellas, lo que conformaría una resiliencia de la sociedad ³. La respuesta positiva a la vacunación contra la COVID-19, en el caso brasileño, permite asociar la dimensión de la legitimidad, resultante de nuestro Sistema de Información del Programa Nacional de Inmunizaciones (SIPNI – <http://pni.datasus.gov.br/>), a la adhesión de la población, a pesar de las iniciativas contrarias del Gobierno Federal. También se resalta la actuación de las redes de solidaridad en las favelas y en las comunidades pobres ante la pérdida de trabajo e ingresos y, en consecuencia, de alimentación básica.

Otro aspecto es la participación de la fuerza de trabajo en salud en la resiliencia de los sistemas de salud. Bureau et al. ⁸, al analizar la resiliencia de los sistemas en diferentes países durante la pandemia de COVID-19, encontraron baja influencia de la fuerza de trabajo. Los autores señalan la necesidad de una reconceptualización de los requisitos institucionales en

el análisis de la resiliencia, que otorgue un lugar adecuado a la fuerza de trabajo en salud, ya que es parte integral de la gobernanza en salud.

Un tercer aspecto es el de la intersectorialidad, que es relevante para el afrontamiento de crisis y eventos adversos, especialmente pandemias. La necesidad de integración entre distintas áreas de acción en salud, como la asistencia social, la educación, el empleo, la migración y el medio ambiente, se hizo evidente durante la pandemia en todos los países, y en muchos resultó en fuertes inversiones estatales⁹. En ese sentido, se refuerza el papel de los Estados en el diseño, implementación y mantenimiento de sistemas resilientes de políticas sociales y de salud. Contrariamente a la perspectiva neoliberal de reducción del Estado, restricción del financiamiento público y privatización de la asistencia a la salud, el enfrentamiento de eventos adversos depende más, y no menos, de la activa participación estatal. Los sistemas integrados, universales y públicos se confirman no solo por la conocida mayor equidad y por los mejores resultados en salud, sino también en la construcción de las capacidades de las sociedades para enfrentar las incertidumbres.

En el análisis del caso brasileño, Massuda et al.¹⁰ apuntan precisamente a las políticas de austeridad como elementos que debilitaron la respuesta del Sistema Único de Salud (SUS) a la pandemia, que podría haber sido más eficaz dada la estructura amplia e integral construida a lo largo de los años. Los autores destacan la coyuntura resultante del desastroso papel del gobierno y del Ministerio de Salud, pero también problemas crónicos del SUS que la literatura ya señala como debilidades, como la subfinanciación, la creciente dependencia tecnológica nacional de insumos, la carencia, la mala distribución y la precaria preparación de la fuerza de trabajo, las debilidades y las brechas locales en los sistemas de información, los vacíos asistenciales, entre otros. Además de la solución de estos cuellos de botella, se destacan los aspectos institucionales, como la necesidad de una gobernanza regional del sistema para unificar la regulación de los servicios especializados en municipios y estados.

Si hay muchas debilidades, la desfinanciación es posiblemente la más grave. Si el sistema de salud brasileño cuenta con un aparato muy sólido de políticas progresistas y suficientemente integrales para respaldar el derecho a la salud, con base en una concepción ampliada de la universalidad, la inestabilidad viene precisamente de la baja efectividad de este aparato, restringiendo su capacidad de reacción, adaptación y transformación. Desde su creación, el SUS viene resistiendo diversas medidas de austeridad, como la Ley de Responsabilidad Fiscal, la Desvinculación de los Recursos de la Unión (DRU), los obstáculos a la regulación de los recursos obligatorios, pero el golpe radical viene con el tope de gastos (creado en 2016), cuyos efectos sobre la salud y la equidad son dramáticos, ya que no considera las necesidades futuras relacionadas con el crecimiento y envejecimiento de la población, los cambios en el perfil epidemiológico y en las demandas en salud, ni la incorporación de tecnología, investigación e innovación. Bajo el nuevo régimen, ya hubo una reducción de los gastos en salud entre el 2017 y el 2019. La pandemia de COVID-19 ejerció presión sobre este nuevo régimen, requiriendo un aumento de gastos en la salud. Sin embargo, si se excluyen los gastos específicos con la pandemia, se registró una reducción de los fondos destinados al SUS¹¹. La desfinanciación sigue la misma estela del favorecimiento del sector privado, una clara remercantilización del acceso a la salud, en un proceso que asocia subsidios, baja regulación y, más recientemente, la ampliación del sector privado en la oferta directa de servicios al SUS.

El caso brasileño indica la relevancia de los contextos político-institucionales en el análisis de la resiliencia de los sistemas de salud. A diferencia de los sistemas de los países centrales, donde la austeridad encontró sistemas consolidados, en el caso brasileño la implementación del sistema de salud ocurrió *pari passu* con las políticas de austeridad. Sin embargo, si bien este proceso permitió una expansión restringida del derecho a la salud, actualmente lo que se ve son claras estrategias de desmantelamiento. Para la mayoría de los países, la construcción de sistemas universales y públicos coexiste con esta contradicción. Así, su resiliencia debe considerar la capacidad de pertenecer a proyectos nacionales que defiendan el derecho a la salud como elemento inalienable de la vida en sociedad. La mayor resiliencia es tener salud.

“No es el más fuerte el que sobrevive, ni el más inteligente, sino el que mejor se adapta a los cambios” (Charles Darwin).

Información adicional

ORCID: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (0000-0002-2646-9523).

1. Sundararaman T, Muraleedharan VR, Ranjan A. Pandemic resilience and health systems preparedness: lessons from COVID-19 for the twenty-first century. *J Soc Econ Dev* 2021; 23 Suppl 2:290-300.
2. Bispo Júnior JP. The resilience of Brazilian Unified National Health System in the context of the COVID-19 pandemic: how to strength-en? *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00097522.
3. Bruijn K. Resilience. *J Flood Risk Manag* 2020; 13:e12670.
4. Youssef CM, Luthans F. Positive organizational behavior in the workplace: the impact of hope, optimism, and resilience. *J Manage* 2007; 33:774-800.
5. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai framework for disaster risk reduction 2015-2030. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015.
6. Biddle L, Wahedi, K, Bozorgmehr K. Health systems resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy Plan* 2020; 35:1084-109.
7. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F. Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *Int J Health Policy Manag* 2017; 6:431-5.
8. Burau V, Kuhlmann E, Falkenbach M, Neri S, Peckham S, Wallenburg I. Health system resilience and health workforce capacities: health system responses during COVID-19. *Eur J Public Health* 2021; 31 Suppl 4:iv14-20.
9. Downey LE, Harris M, Jan S, Miraldo M, Peiris D, Buse K. Global health system resilience is in everyone's interest. *BMJ* 2021; 375:n3043.
10. Massuda A, Malik AM, Vecina-Neto G, Tascá R, Ferreira-Junior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cadernos EBAPE.BR* 2021; 19 spe:735-44.
11. Ortiz M, Funcia FR. Desfinanciamento federal do SUS e o impacto nas finanças municipais. *Estadão* 2021; 17 ago. <https://politica.estadao.com.br/blogs/gestao-politica-e-sociedade/desfinanciamento-federal-do-sus-e-o-impac-to-nas-financas-municipais/>.

Recibido el 18/Sep/2022

Versión final presentada el 20/Sep/2022

Aprobado el 26/Sep/2022