

Lo que la atención primaria en España puede enseñar a Brasil

Renato Lendimuth Mancini

El punto de partida: la atención primaria brasileña

En Brasil¹, la atención primaria se ofrece predominantemente a través del «Programa de Saúde da Família» (PSF) del Gobierno federal, cuyos equipos multidisciplinares, formados como mínimo por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y de 4 a 6 agentes comunitarios de salud, se implantaron a partir de 1994. El PSF forma parte del Sistema Único de Saúde (SUS), creado en la Constitución federal de 1988^{2,3}.

En 2004, el programa cubrió al 40% de la población (cálculo basado en el número de equipos del PSF, atribuyendo un cupo medio de 3.450 personas para cada equipo), y predominaba en los municipios pequeños y con menor renta per cápita⁴⁻⁶.

Para el funcionamiento del PSF, el Gobierno federal establece algunas directrices básicas y deja el modo de alcanzar los objetivos de la atención primaria a la responsabilidad de los gobiernos locales (objetivo importante en un país con territorio extenso y con gran diversidad geográfica y sociocultural como Brasil, donde el perfil epidemiológico de las regiones difiere significativamente). El PSF es un programa de atención primaria en desarrollo⁵ y tiene retos futuros, como una cobertura adecuada en todo el territorio, promover la integración eficiente con la atención hospitalaria y controlar la calidad de la atención.

Desde 1998, cuando se creó el Piso de Atención Básica (PAB) por el Gobierno federal, el sistema de pago por prestación de servicios fue sustituido por otro de presupuesto por capitación⁷. Además, los municipios reciben presupuestos complementarios si se adhieren a los programas definidos como prioritarios por el Ministerio de la Salud (como el PSF)⁷. La forma actual de financiación privilegia a los municipios más pobres, que recibían poco presupuesto con el sistema antiguo dada su precaria infraestructura de servicios de salud^{8,9}.

Otra realidad: la atención primaria española

El Sistema Nacional de Salud (SNS) español, implantado en su diseño actual en 1986, tiene cobertura prácticamente

Puntos clave

- Invertir en la estructura, buscando cobertura del 100% de la población.
- Invertir en la formación de médicos de familia bien capacitados y polivalentes.
- Promover una red jerarquizada en los servicios de salud, con una buena articulación entre la atención primaria y la red hospitalaria.
- Invertir en infraestructura básica, como saneamiento básico, viviendas populares y red de agua potable.

te universal. En sus centros de salud trabajan médicos de familia, pediatras, enfermeras y personal administrativo, y a veces trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas. En el SNS el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa, y la ubicación de los recursos asistenciales responde a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios¹⁰.

En España, los médicos generales/de familia funcionan como filtro para la atención especializada. Se ha estudiado poco el impacto de esa función en la salud de la población y los gastos públicos¹¹, pero parece que es una manera eficiente de optimizar los recursos de la atención especializada¹².

En la tabla 1 se comparan algunas características de Brasil y España.

¿Qué podemos aprender con la comparación?

Desde el punto de vista de la atención primaria, Brasil busca alcanzar metas de carácter cuantitativo (es decir, la cobertura del 100% de los municipios), mientras en España ya hay una cobertura poblacional completa y se plantean metas más cualitativas¹³ (la disminución en el tiempo de espera para las consultas con los especialistas, p. ej.).

Bajo la óptica de la «ley de cuidados inversos»¹⁴, la distribución de servicios del PSF brasileño es en apariencia eficaz, pues prioriza a los municipios con población más pobre y contribuye positivamente a reducir las diferencias en el acceso a los servicios de salud, con impacto en indicadores como las tasas de mortalidad infantil⁵. Por otro lado,

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil.

Correspondencia: Dr. Renato L. Mancini.
 Rua Haddock Lobo 999, ap 51
 Bairro Jardins, São Paulo-SP. Brasil. CEP 01414-002.
 Correo electrónico: dr.mancini@gmail.com

TABLA 1
Características de España y de Brasil

	Brasil	España
Población	187 millones	44 millones
Territorio	8,5 millones de km ²	506.000 km ²
Mortalidad infantil ^a	24,11	4,1
Esperanza de vida al nacer	71,3 años	79,9 años
Gasto sanitario público ^b	3,5% del PIB	5,5%
Cobertura de la atención primaria	Incompleta	Completa
Función de filtro del médico de familia	No	Sí
Hogares con agua potable	81,4% ^c	98,4% ^d
Acceso a la red de alcantarillado	67,7% ^c	94,5% ^d
Recogida domiciliar de basuras	84,17% ^c	90,4% ^d

^aPor cada 1.000 nacidos vivos.^bEn el año 2003.^cEn el año 2004.^dEn el año 2000.

en la realidad es una atención primaria mal organizada, carente de recursos, dirigida exclusivamente a la población más pobre y, por ello, es una atención primaria con profesionales muchas veces desmotivados.

La estrategia del Gobierno brasileño para atraer médicos a las regiones más pobres ha sido aumentar sus sueldos. La estrategia es eficaz, pero la calidad de la formación del profesional que acepta trabajar en esas regiones es cuestionable. Ya Hart¹⁴ argumentaba que la manera adecuada de atraer buenos médicos es ofreciendo buenas condiciones de trabajo, y no sólo buenos salarios.

Lo que se ve en la mayoría de los centros de salud españoles es optimista para el futuro de los sistemas de salud de países como Brasil, pues se logra una alta resolutivez con una organización y unos recursos básicos, la distribución de los profesionales de acuerdo con la densidad demográfica, y la articulación con hospitales locales para realización de pruebas y tratamientos. Esa realidad contrasta con la opinión de muchos médicos brasileños, defensores de que gran parte del mal funcionamiento de su atención primaria es consecuencia de la falta de recursos.

El ejemplo español indica que el aspecto clave para que la atención primaria funcione con recursos limitados y alta resolutivez es invertir en la formación de los médicos de familia. Dicha mejor formación de los médicos de familia les entrena para trabajar en situaciones de gran incertidumbre clínica, con pocos recursos y con alta resolutivez, y no sólo significa ahorro de recursos y menos derivaciones a los otros ámbitos de atención en salud, sino también prevención cuaternaria para los pacientes (disminución de los daños que provoca la actividad médica)^{12,15,16}. Una cobertura adecuada del PSF para toda la población brasileña, con médicos con formación adecuada, es paso previo a la función de filtro para los otros ámbitos de atención.

Algunos problemas van más allá de la atención primaria de salud y el sistema de salud brasileño aún gasta grandes cantidades de dinero en el tratamiento de endemias (como la

tuberculosis) que se controlarían mejor a través de mejores condiciones de vivienda y saneamiento básico^{9,17}.

Conclusión

Para un país como Brasil, que persigue la distribución geográfica equitativa de los servicios de salud, el ejemplo español indica que lo más importante en el futuro próximo sería invertir en infraestructura básica y formación de médicos de familia, administrando adecuadamente los recursos disponibles.

Agradecimientos

Al Dr. Juan Gervas, mi tutor en España. Y a los Dres. José Manuel Freire, Raimundo Pastor Sánchez, Miguel Amengual Pliego, Luis García Olmos, Mercedes Pérez-Fernández y a todos los que conocí en España, por su paciencia en enseñarme el funcionamiento de la atención primaria española.

Bibliografía

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponible en: <http://www.ibge.gov.br/>
- Ministerio da Saúde, Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família. Brasília, 2001.
- Gusso G. Atención primaria de salud en Brasil: pasado reciente y retos. SEMERGEN. 2004;30:408-10.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Indicadores 2004. Brasília, 2005.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília, 2006.
- Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos - SCTIE/DES. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde-SIOPS (Gasto Estadual e Municipal); SPO/SE e Fundo Nacional de Saúde-FNS (Gasto Federal). Disponible en: <http://siops.datasus.gov.br/>
- CONASS-Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Disponible en: <http://www.conass.com.br>
- Melamed C, Costa NR. Inovações no financiamento federal à atenção básica. Ciência Saúde Coletiva. 2003;8:393-401.
- Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos. Brasil 2005. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2005/matriz.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica. SNS Sistema Nacional de Salud. 2006. Disponible en: <http://publicaciones.administracion.es>
- Gervas J, Pérez Fernández M, Starfield B. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. Fam Pract. 1994;11:307-17.
- Gervas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función filtro del médico general. Rev Bras Epidemiol. 2005;8:205-17.
- Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. Salud 2000. 2004;99:11-5.
- Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;1:405-12.
- Gervas 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;30:245-57.
- Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. Aten Primaria. 2005;35:87-90.
- Ministerio de Economía y Hacienda. Subdirección General de Estudios Presupuestarios y del Gasto Público. El consumo familiar de bienes y servicios públicos en España. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=286406>