

principalmente en las regiones distantes de los centros universitarios, que presentan una distribución muy desigual por el extenso territorio brasileño; las facultades de medicina están concentradas en las regiones sudeste y sur (más desarrolladas económicamente) y algunas en las capitales de los estados (los «estados» equivalen a las provincias españolas).

La cuestión específica de la motivación del profesional médico es multifactorial y difícil de explorar. De hecho, es posible encontrar profesionales motivados trabajando en regiones carentes de recursos y con pésima infraestructura sanitaria; sin embargo, ésta es una situación excepcional.

En cuanto a la composición y la distribución de los sistemas público y privado brasileños, son desiguales<sup>2</sup>. El sistema privado se encuentra concentrado en los grandes centros urbanos y cubre predominantemente el nivel secundario de atención a la salud (más lucrativo), mientras que el sistema público se encuentra distribuido de forma más homogénea y predomina en los niveles primario y terciario. Las personas que pueden pagar un seguro privado prácticamente no interaccionan con el nivel básico, la atención primaria (con excepción a las vacunas), y buscan directamente a un especialista.

La falta del filtro en la atención primaria no sólo aumenta considerablemente el número de pruebas innecesarias, sino que también sobrecarga la atención secundaria y añade riesgos para los pacientes. En los centros urbanos brasileños, el común de las personas (con o sin acceso al sistema privado) prefiere buscar directamente al especialista.

Finalmente, quiero destacar que iniciativas como los grupos de orientación a los pacientes (adolescentes, diabéticos, hipertensos, embarazadas) y reuniones del equipo multiprofesional, citadas por la Dra. Gracia Bonel en su «Carta», son óptimos ejemplos de tecnologías económicas, eficaces, y de las que se dispone ampliamente en cualquier centro de salud y que, asociadas con infraestructura básica y profesionales médicos bien entrenados, pueden promover una alta resolución de casos con bajos costes<sup>3-5</sup>.

**Renato Lendimuth Mancini**  
Hospital das Clínicas da Faculdade  
de Medicina da Universidade  
de São Paulo. Brasil.

### **Réplica. Motivación y atención primaria en Brasil**

**Sr. Director:** Agradezco el interés suscitado por mi artículo, como demuestran los comentarios de la Dra. Gracia Bonel. En referencia a su «Carta al Director», me gustaría resaltar que, de hecho, hay ejemplos de motivación (y formación) adecuados por parte de los médicos en Brasil, principalmente cuando se trata de servicios universitarios en grandes centros urbanos, en los que hay profesionales con mejor formación y dedicados no sólo a la asistencia, sino también a la enseñanza y a la investigación.

Por desgracia, no es ésta la realidad en la mayoría de los centros de salud brasileños<sup>1</sup>,

**Palabras clave:** Atención primaria. Medicina de familia. Brasil. Sistema público de salud. Salud pública.

1. Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e Grandes Regiões: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
  2. Mancini RL. Lo que la atención primaria en España puede enseñar a Brasil. Aten Primaria. 2007;39:619-20.
  3. Ministério da Saúde-Secretaria de Vigilância em Saúde-Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde. Brasília, 2006. Disponible en: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude\\_brasil\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2006.pdf)
  4. Starfield B. Research in general practice: co-morbidity, referrals, and the roles of general practitioners and specialists. Se-mergen. 2003;29 Suppl 1:7-16.
  5. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002;60:201-18.
-