

## Atención Primaria de Salud en Brasil: pasado reciente y retos

G. Gusso

Médico de Familia e Comunidade da Prefeitura de Sao Paulo. Preceptor da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo.

La organización de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil se caracterizó, hasta hace poco, por dos vertientes que se desarrollaron en paralelo: la propia organización del sistema de salud y la formación de los profesionales que nutrieron dicho sistema. Desde 1994, con la implantación del Programa de Salud de Familia por el gobierno federal, estos dos vectores se van aproximando. En ese proceso, la persistencia de viejos dilemas como la desigualdad social, conflictos en la elección de prioridades y conceptos inadecuados sobre el “médico general”, acarrearón una morosidad que pudieron transmitir a un observador menos atento, la sensación de estancamiento. Sin embargo, si hacemos un análisis más detallado del mismo, éste nos evidencia que en los últimos quince años, Brasil progresó en la organización del sistema de salud de forma coherente con la cultura y la historia del país, caracterizada por una miscelánea racial, de ideas y de intereses.

Durante la dictadura militar (1964-1985) emergió un movimiento llamado *Movimiento Sanitario Brasileño* que, además de resistir al régimen, pretendía implantar una *Reforma Sanitaria*. En esa época se construyeron grandes hospitales públicos cerca de las universidades. El sistema privado se estructuraba a través de la financiación pública, vendiendo al gobierno servicios que no siempre se realizaban. Los pediatras, ginecólogos e internistas, sobre todo los cardiólogos, se asentaron como profesionales de “primer nivel”. En el interior del país la escasez de recursos condujo a la organización de acciones para realizar una asistencia sintonizada con la realidad de la población.

En este contexto, a partir de la segunda mitad de la década de los 70, se fueron constituyendo proyectos de Medicina Comunitaria con la inclusión de Agentes Comunitarios de Salud, es decir, personas residentes en el área de actuación y capacitadas para las acciones propuestas. El enfoque principal de las mismas consistía en priorizar las actuaciones colectivas de promoción y protección de la salud en un determinado territorio (Franco, Merhy, 2003). Muchos de estos proyectos estaban inspirados en la experiencia estadounidense anterior y pocos de ellos le daban importancia a la clínica.

En esa época, las escuelas médicas no se ponían de acuerdo sobre la formación del médico general, pues no tenían claro si esta se debería realizar durante la licenciatura o en el posgrado. A pesar de la relevancia que estos profesionales tenían para la formación médica y para el sistema, no se incentivaba la formación de los mismos (Bevilacqua, 1978; Rocha, 1978).

La especialidad de Medicina General y Comunitaria nació con los proyectos de Medicina Comunitaria y fue reconocida en 1981. Pero también, tal como estos proyectos, a esta especialidad se la consideró “marginal” y permaneció infravalorada por las escuelas médicas y en los programas de posgrado. Incluso estuvo amenazada de desaparición en la segunda mitad de la década de los 80, justamente cuando el movimiento de la reforma sanitaria alcanzaba su auge y apoyaba mayoritariamente el desarrollo posgrado en medicina preventiva y social, cuya dimensión clínica se colocaba en segundo plano.

En los años 80, los intereses del sistema privado, las divergencias en cuanto a la formación y a la función del médico general, la estructura sanitaria fuertemente hospitalaria y la lenta apertura política del país, redundaron en la desaceleración del proceso de fortalecimiento de este profesional. Sin embargo, recientemente su formación volvió a adquirir auge con la redemocratización y con la reestructuración del sistema de salud.

El fin de la dictadura militar y el creciente movimiento por la reforma sanitaria, culminó con la elaboración del Sistema Único de Salud (SUS), incorporado a la Constitución Federal de 1988. Este sistema pretende garantizar la salud como “derecho de todos y deber del estado”, pero permite a la iniciativa privada el libre acceso a la asistencia sanitaria. Los principios que la guían son la universalidad, equidad, integralidad, descentralización y participación social.

Al inicio de la década de los 90, durante la fase de implantación y reglamentación, los Estados no obtuvieron un papel relevante, puesto que se había determinado que el flujo de dinero pasaría directamente del gobierno federal a los municipios que cumplieren ciertos requisitos (como por ejemplo, tener un Consejo Municipal de Salud en donde la mitad de sus componentes representasen a los usuarios y la otra mitad a los gestores; prestadores de servicios y profesionales de la salud). Esta decisión recibió el

Correo electrónico: Gustavo.gusso@ig.com.br

nombre de *municipalización de la salud* y se puede interpretar como una “descentralización centralizadora”.

En 1991, con el SUS ya implantado, se creó el Programa de Agentes Comunitarios de la Salud (PACS), inspirado en experiencias anteriores y con los mismos objetivos de promover la salud en las regiones más pobres del norte y noreste del país. Según este Programa, los agentes comunitarios eran supervisados por enfermeros y cada uno de ellos se responsabilizaba de entre 100 y 250 familias. El PACS obtuvo buenos resultados, pero se mostró insuficiente para lograr los objetivos propuestos.

En 1993 el gobierno federal, juntamente con varios líderes con experiencia en proyectos de medicina comunitaria o medicina de familia, elaboraron el Programa de Salud de la Familia (PSF) que sería fusionado al PACS (Brasil, 1994). Cada equipo del PSF estaba constituido como mínimo, por un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y de 4 a 6 agentes comunitarios de salud que se responsabilizaban de 600 a 1.000 familias, abarcando como máximo a 4.500 personas (Brasil, 1994 y Brasil, 1996). El Programa “coincidió” con el “Informe sobre el Desarrollo Mundial” del Banco Mundial que estipulaba un “paquete clínico esencial” (Banco Mundial, 1993). Este Banco sería el principal financiador del PSF.

Dos cuestiones han sido fundamentales en la consolidación del PSF: financiación y formación de los profesionales. Con la municipalización de la salud, el gobierno federal no pudo imponer explícitamente a los gestores locales la implantación de equipos del PSF. De este modo, desde el inicio se crearon incentivos extras para quienes implantasen el Programa en su ciudad. Durante un periodo se pagaron el doble de su valor habitual, procedimientos ambulatorios generados por el PSF. Solamente en 1998 se puso en práctica el modelo actual, el cual financia por capitación, estimulando la cobertura: cuantas más personas abarque el PSF en una ciudad, más cobrará el equipo (Sousa, 2003).

Hasta la implantación del modelo por capitación, que además engloba otras actuaciones incluidas en APS (vigilancia epidemiológica y sanitaria, farmacia básica, salud bucal, PSF, PACS, entre otras), la financiación pública de la salud en Brasil se realizaba exclusivamente por procedimientos (*fee for service*), lo que desalentaba las intervenciones orientadas a la educación y promoción de la salud (Viana, Dal Poz, 1998).

Pero incluso por capitación, los incentivos todavía son insuficientes y las ciudades necesitan complementar esa cantidad federal con recursos propios. Este déficit, unido a leyes laborales flexibles, condujo a los gestores municipales a contratar profesionales de forma precaria, acarreado esto una elevada rotación de los mismos que compromete, de esta manera, el principio de longitudinalidad.

La segunda cuestión estratégica para el éxito del Programa es la formación de los profesionales. Cuando se puso en marcha, las instituciones dedicadas a la enseñanza discutían de manera interminable sobre la formación de los médicos generales y sólo algunas unidades formativas con modelo de residencia en Medicina General y Comunitaria

funcionaban de forma aislada. Un estudio realizado en 1999 mostró que apenas el 14,91% de los médicos del PSF con residencia eran médicos generales y comunitarios. La mayor parte de los que se apuntaban al Programa eran pediatras (20,55%), ginecólogos (14,81%), internistas (12,91%) o no habían hecho la residencia, es decir, sin formación adecuada que sólo se habían sentido atraídos por los estímulos gubernamentales. Aproximadamente el 75% de todos los médicos del país poseían la residencia formativa, lo que demuestra la baja calificación de los profesionales del programa (Machado, 2000). A pesar de los esfuerzos gubernamentales, esta situación todavía persiste.

En 1997 el gobierno estimuló a los Estados e instituciones de la enseñanza a elaborar Polos de Capacitación para los profesionales del PSF (Sousa, 2003). Esos Polos de Capacitación se desarrollaron de forma heterogénea, ofreciendo cursos de reciclaje de corta duración. La gran mayoría tiene apenas un contenido teórico abordando nociones generales de APS, lo que proporciona una falsa formación para estos profesionales.

En 2001, la Sociedad Brasileña de Medicina General y Comunitaria cambió el nombre de la especialidad para Medicina de Familia y Comunidad (MFC) con el objeto de adecuarse a la coyuntura del país y reafirmar esa especialidad como la mejor opción en la formación de los médicos del PSF. En esa misma época el gobierno proporcionó un estímulo financiero a las escuelas médicas que adaptasen su programa formativo a las reales necesidades del SUS y de la población. De este modo, muchas escuelas y hospitales crearon residencias docentes en medicina de familia y comunidad, que a pesar de la pequeña demanda que tienen, van aumentando lentamente su importancia en los medios académicos, aunque sujetos a conflictos epistemológicos.

En el inicio, el PSF alcanzaba todos los Estados del país, pero priorizaba el Mapa del Hambre elaborado a petición del gobierno, con el objetivo de asistir a las familias excluidas del sistema de salud. Sin embargo, a partir de 1997, el PSF pasó a ser utilizado como instrumento de reestructuración del SUS, ampliando sus objetivos iniciales. La propuesta era reorientar el modelo asistencial anterior, “basado en la enfermedad y actuando exclusivamente sobre la demanda espontánea, con énfasis en la medicina curativa, tratando al individuo como objeto de acción, con baja capacidad para resolver los problemas de salud, con el saber y poder centrado en el médico, generalmente limitado a la acción sectorial, con desvinculación del personal de servicio con las comunidades y de relación coste-beneficio desventajosa” (Brasil, 1996).

Para ello, uno de los mayores retos pasó a ser la incorporación del PSF en los grandes centros urbanos que ya contaban con una estructura de Unidades Básicas de Salud (UBS), con especialistas diversos y un gran flujo de pacientes en los ambulatorios y urgencias. La introducción del nuevo modelo de financiación por captación, en la APS, impulsó esa ampliación y el PSF pasó de 1.623 equipos en 1997 a 15.201 en 2002 (Sousa, 2002). Las corporaciones médicas y los Estados, que todavía son gestores

de hospitales y de servicios secundarios, fueron los principales opositores al PSF. La adhesión de los Estados es importante para la construcción de la red de asistencia y de convenios intermunicipales, para evitar que el paciente entre en el sistema, pero no pueda salir. El PSF está presente en más de 4.000 municipios y cuenta aproximadamente con 18.000 equipos que atienden a 50 millones de brasileños, lo que corresponde al 30% de la población (Sousa, 2002). Muchas veces son equipos aislados, con grandes vacíos de cobertura, y desintegrados de otros niveles de atención.

Muchos investigadores en los últimos años han debatido sobre el PSF y la “reforma de la reforma” del sistema de salud. Para algunos, el programa sigue el dictamen del Banco Mundial y pretende legitimar la naturaleza privatizadora y neoliberal del sistema, al crear un programa restringido a los pobres (Franco y Merhy, 2003). De este modo estarían establecidos dos sistemas, el acceso a la salud de las clases media y alta continuaría siendo proporcionado por los especialistas. Según estos críticos, el Programa se equivoca al poner poco énfasis en la actuación clínica y en la salud individual, en la no incorporación de la atención en urgencias, en la no atención de la demanda espontánea, en las visitas domiciliarias obligatorias de los Agentes Comunitarios de Salud, en la mitificación del médico general y en el alto grado de normatividad en su implementación. Estos problemas, sobre todo la priorización excesiva de actividades comunitarias y el desprecio por la demanda espontánea, afectan contradictoriamente a uno de los principios claves de la APS, el acceso, conduciendo en última instancia a una ineficiencia del sistema y a un descrédito por parte de los usuarios.

Otro cuestionamiento frecuente se refiere, a qué hacer con la enorme red de puestos de salud tradicionales (UBS), con sus ginecólogos, internistas, pediatras y profesionales sin especialización atendiendo a la “puerta de entrada”. Por otra parte, algunos autores piensan que es posible dentro del principio ideal de la universalidad, realizar acciones focales para grupos desfavorecidos en pro de la equidad (Viana y Dal Poz, 1998).

Los retos para el futuro próximo son, por lo tanto, la construcción de una red jerarquizada, la formación de los profesionales adecuados y, finalmente, la financiación de la universalización de la atención de salud. Los diferentes intereses de los diversos sectores de la sociedad, las consecuentes dificultades en la definición de prioridades y cuestiones como ajuste fiscal y pago de la deuda externa hacen estos retos todavía mayores.

Actualmente, el tan soñado SUS contempla de forma fantástica e inédita, no sólo las necesidades, sino también los deseos de todos los segmentos de la población. Este sistema cuenta con, por lo menos, cuatro puertas de entrada: el sistema privado, las UBS, las urgencias y también, el PSF. Éste último, como propuesta de eje estructural de la APS, ya sobrevive al tercer gobierno federal, lo que para un país como Brasil, acostumbrado a lanzar programas como quien lanza cualquier producto de consumo en vísperas de elecciones, explicita una necesidad y no una elección.

Desde el fin de la esclavitud y el inicio de la era republicana, hace menos de doscientos años, el mayor de todos los desafíos ha sido que alguien se desprenda de sus privilegios en favor de una sociedad más justa.

Mis agradecimientos para quienes revisaron este artículo: Thiago Gomes da Trindade, Angélica Manfroi, Isabela Judith M. Benseñor, Paulo Eduardo Elias y Ricardo Donato Rodrigues.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Beviláqua F (coordinador). Seminário Sobre a Formação do Médico Generalista. Revista Brasileira de Educação Médica. (Suple 1), 1978.
- Beviláqua, F. Tendências Curriculares na Área Profissional e a formação do “Médico de Família”. Revista Brasileira de Educação Médica 1978;2(1).
- Brasil, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- Canesqui AM, Oliveira AMF de. Saúde da Família: Modelos Internacionais e estratégia brasileira. Negri B, Viana AL editores. O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio. São Paulo: SOBRAVIME/ CEALAG, 2002.
- Franco TB, Merhy EE. Programa de saúde da família (PSF): condições de um programa destinado à mudança do modelo técnico-assistencial. En: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS organizadores. O Trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Machado MH. Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e Grandes Regiões: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- Rocha OL. Clínico Geral ou Médico de Família? Revista Brasileira de Educação Médica 1978;2(3).
- Saúde da Família, uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Assistência e Promoção da Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade, 1996.
- Sousa HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. En: Negri B, Viana AL organizadores. O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio. São Paulo: SOBRAVIME/ CEALAG, 2002.
- Sousa MF de. Os Sinais Vermelhos do PSF São Paulo: Hucitec, 2002.
- Sousa MF de. A Coragem do PSF. 2.ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003.
- Stein AT, Costa M, Busnelo ED, Rodrigues LC. Who in Brazil has a personal doctor? Family Practice, 1999;16:596-9.
- Viana A, Dal Poz MR. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 1998;8(2):11-48.