

# **UNA ATENCIÓN PRIMARIA FUERTE EN BRASIL<sup>1</sup>**

## **Informe sobre** **CÓMO FORTALECER LOS ACIERTOS Y CORREGIR LAS** **FRAGILIDADES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD DE FAMILIA**

*Por*

Juan Gérvas<sup>2</sup> y Mercedes Pérez Fernández<sup>3</sup>

Médicos generales, Equipo CESCA, Madrid, España

---

<sup>1</sup> INFORME DEL PROYECTO: “ES POSIBLE TRANSFORMAR EL CÍRCULO VICIOSO DE MALA CALIDAD EN UN CÍRCULO VIRTUOSO DE BUENA CALIDAD, EN EL TRABAJO CLÍNICO Y COMUNITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN BRASIL” Proyecto para valorar la Estrategia de Salud de Familia (ESF) con énfasis en entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano en Brasil, a través de la visita a Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF), con médicos líderes y/o tutores

<sup>2</sup> Juan Gérvas es médico general, Equipo CESCA, Madrid (España), Doctor en Medicina y Profesor Honorario de Salud Pública en la Universidad Autónoma de Madrid, Profesor Visitante en Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid) y Profesor de Gestión y Administración Sanitaria en la Fundación Gaspar Casal (Madrid) y la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona). [jgervasc@meditex.es](mailto:jgervasc@meditex.es) [www.equipocesca.org](http://www.equipocesca.org)

<sup>3</sup> Mercedes Pérez Fernández es médico general, Equipo CESCA, Madrid (España), Especialista en Medicina Interna, Responsable de Ética en NoGracias (España) y Presidente del Comité de Ética de la Red Española de Atención Primaria. [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com)

## SÍNTESIS<sup>4</sup>:

“Brasil es ancho y ajeno” [*Grande e estranho é Brasil*], parafraseando al peruano Ciro Alegría.

Dos médicos españoles, con 40 años de experiencia práctica clínica en Atención Primaria y 30 años de docencia e investigación internacional, en organización de servicios y en evaluación de reformas, visitaron en 2011 ese Brasil ancho y ajeno que conocen de primera mano desde 1984.

Por iniciativa de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad y con el patrocinio del Gobierno Federal, valoraron la Estrategia de Salud de Familia y su aplicación en la práctica, en la búsqueda de su mejora.

La visita “a las entrañas” (*entranhas*), a la actividad diaria, de 70 centros de salud, en 32 ciudades, de 19 Estados, y la entrevista a más de 500 profesionales de dichos centros les lleva a concluir que la Estrategia de Salud de Familia es un éxito.

Pero con luces y sombras pues, como en todos los países del mundo, hay un amplio margen de mejora.

En este texto se recoge lo principal de este viaje en torno a la Estrategia de Salud de Familia, a sus aciertos, errores y carencias, y se hacen propuestas de cambio en la búsqueda de la eficiencia, la equidad, la calidad técnica y la seguridad y los derechos de los pacientes.

Las propuestas se centran en el “cómo”, “¿cómo construir una Atención Primaria fuerte en Brasil?”.

Muchas propuestas son de aplicación en otros sistemas sanitarios que promuevan una Atención Primaria fuerte.

---

<sup>4</sup> Alegría C. El mundo es ancho y ajeno [*Grande e estranho é o mundo. Broad and allien is the world*]. Santiago de Chile:Ercilla; 1941.

## ÍNDICE<sup>5</sup>

Síntesis.....	2
Índice.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	7
Brasil y su sistema sanitario a los ojos de unos extranjeros.....	11
Mitos sanitarios brasileños a los ojos de unos extranjeros.....	17
Los objetivos del proyecto.....	21
Material y métodos: síntesis.....	24
Material y métodos: itinerario, coordinadores y centros de salud visitados.....	27
Material y métodos: la visita a los centros.....	29
Material y métodos: la plantilla de observación.....	34
Material y métodos: otras actividades.....	42
Resultados: síntesis de los aspectos positivos generales.....	45
Resultados: algunos ejemplos positivos concretos.....	51
Resultados: síntesis de los aspectos negativos generales.....	58
Resultados: algunos ejemplos negativos concretos.....	80
Interpretación de los resultados.....	89
La utilidad de los resultados.....	93
Algún “cómo” clave.....	96
Agradecimiento.....	102
Nota.....	103
Acrónimos.....	104

---

<sup>5</sup> Este texto está pensado para ser leído siguiendo el orden establecido, concatenando apartados. Pero se puede obviar el resumen si ya se ha leído el Resumen Técnico, disponible en:

[http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site\\_Acao=MostraPagina&PaginaId=524](http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=524)

<http://www.equipoCESCA.org/organizacion-de-servicios/%C2%BFcomo-construir-una-atencion-primaria-fuerte-en-brasil/>

También pueden considerarse como “anexos” los dos apartados sobre “Brasil y su sistema sanitario a los ojos de unos extranjeros”, y “Mitos sanitarios brasileños a los ojos de unos extranjeros”.

## **RESUMEN**

### **CONTEXTO**

El Sistema Único de Salud de Brasil cubre a un 60% de la población con los centros de salud que desarrollan la Estrategia de Salud de Familia (atención gratuita en el punto del servicio, con equipos de Atención Primaria y de Odontología). Diversas evaluaciones permiten afirmar la idoneidad de ésta Estrategia de Salud Familiar. Sin embargo, hacen dudar del éxito a largo plazo las resistencias a su difusión, el creciente desarrollo de las Unidades de Pronto Atendimento (como válvula de escape a los problemas de acceso y de atención a la demanda no programable) y la expansión de las alternativas privadas (planes de salud y clínicas populares, entre otros).

### **OBJETIVOS**

Con este Proyecto se pretende responder a: ¿ha logrado en la práctica la Estrategia de Salud de Familia los fines que se proponía? Y si no los ha logrado, ¿cómo conseguirlo?

Es objetivo general del proyecto lograr que los médicos clínicos líderes y/o tutores (preceptores) que trabajan en las Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF, los centros de salud donde se aplica la ESF) no cumplan el círculo vicioso que lleva a la dejación de responsabilidades, la falta de compromiso con pacientes y comunidades y al trabajo sanitario en condiciones de baja calidad especialmente en los entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano.

Son objetivos operativos:

1/ Analizar la práctica clínica diaria local, para identificar a/ aciertos, b/ errores, y c/ carencias en la aplicación de la Estrategia de Salud de Familia.

2/ Demostrar cómo utilizar la práctica clínica diaria para identificar y responder a las necesidades docentes que facilitan resolver los problemas de pacientes y comunidades.

3/ Fomentar el cumplimiento de los objetivos de la Estrategia de Salud de Familia (evitar, tratar y ayudar respecto a la enfermedad, y prestar servicios que ayuden a morir con dignidad).

4/ Promover los mejores valores clínicos, en torno al uso y distribución de los tiempos laborales, al control de la incertidumbre, al trato y trabajo digno y al seguimiento de los errores clínicos y comunitarios y

5/ Elaborar unas recomendaciones prácticas generales en que se recoge lo esencial del proyecto, con la pretensión de su difusión para fomentar la práctica de una actividad clínica y comunitaria de calidad especialmente en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se visitaron 19 Estados de Brasil (Alagoas, Amazonas, Bahía, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Río de Janeiro, Río Grande do Norte, Río Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo y Sergipe). El trabajo de campo supuso la visita, como norma desde las siete de la mañana a las cinco de la tarde, a 70 centros de salud, generalmente Unidades Básicas de Salud de Familia. Del total, 11 centros fueron no docentes; y 10 rurales.

Además, se visitaron unidades especiales, como NASF (Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia), Equipo de Área de Combate del Dengue, PACS (Programa de Agentes Comunitarios de Salud) y Unidad de Salud Mental.

En total entrevistamos a 506 profesionales de distintos ámbitos y categorías, y asistimos y participamos en 150 encuentros directos de profesionales con pacientes-grupos-comunidades.

## RESULTADOS

La visita ha permitido constatar que la Estrategia de Salud de Familia (ESF) de Brasil ha sido y es una Estrategia acertada. Pero con luces y sombras.

Los mayores aciertos de la ESF son a/ su propia existencia a lo largo de décadas, b/ el cambio de modelo con profesionales generalistas, conservando los agentes comunitarios de salud (ACS) al tiempo que se introdujo el médico de familia, c/ la inclusión de servicios de farmacia y odontología en las UBSF, d/ el compromiso Federal, Estatal y Municipal en su desarrollo, e/ la independencia de la práctica clínica del influjo directo de la industria farmacéutica, f/ la dotación de personal variado, agrupado en equipos multidisciplinares que se entregan decididamente a su trabajo, g/ la inclusión de medicinas suplementarias, h/ el desarrollo de Telessaúde, e i/ la implantación prioritaria en zonas de bajo Índice de Desarrollo Humano.

Los mayores errores son a/ la falta de desarrollo tecnológico, gerencial y científico de la ESF, anclada en un modelo para país pobre por más que hoy Brasil sea una potencia económica mundial, b/ la persistencia de una “visión vertical” de programas y protocolos que compartimentan la práctica clínica, fomentan un modelo rígido y fragmentado de atención y, además, a veces tienen débil fundamento científico, c/ el énfasis en una “visión preventivista” que conlleva el escaso desarrollo de la actividad clínica curativa (lo que incumple el principio de integralidad), d/ la derivación (*encaminamiento*) excesiva a los especialistas y a urgencias (con las consiguientes listas de espera) por una organización en la que casi todos los profesionales hacen menos de lo que podrían, e/ la “ocupación” de los centros de salud-UBSF, y en general de los servicios, por los pacientes y sanos “estables y obedientes” (capaces de cumplir las citas y rígidas normas), f/ la sobreutilización rutinaria de los recursos disponibles (por ejemplo, el “triaje” por los auxiliares de todos los pacientes todas las veces que consultan, o la persistencia del uso de las salas de nebulización, o la sobreutilización de antibióticos en las cistitis) y g/ una política de personal, salarios e incentivos muy variable, y que no fomenta la permanencia de los profesionales en las comunidades a las que sirven.

La mayores carencias son a/ la falta de prestación de un amplio rango de servicios curativos y preventivos, “normales” y de urgencia, en las UBSF o en el domicilio (lo que explica, entre otras cosas, junto a las “listas de espera”, la arrolladora implantación de las unidades de Pronto Atendimento y el éxito de los distintos “planes privados de salud” y “clínicas populares”), b/ la escasa coordinación entre niveles de atención, con duplicación de servicios c/ la falta de médicos de familia cualificados para cubrir todos los puestos de tales (apenas llegan al 5% del total de los Equipos), y en general la falta de médicos (muchas UBSF trabajan rutinariamente con Equipos en los que no hay médico, o sólo por cortos periodos de tiempo), d/ la falta de desarrollo de Equipos funcionales en los que se deleguen funciones y responsabilidades de forma que cada profesional se enfrente a casos complejos apropiados a su formación, e/ la ausencia de una política de fomento del trabajo con dedicación exclusiva, y f/ una débil política de formación e inserción de la Medicina de Familia en el conjunto docente y asistencial<sup>6</sup>.

## RECOMENDACIONES

Sugeriríamos que la ESF se definiera con mayor precisión para convertirse en una estrategia Federal con un amplio denominador común, que comprometiera a todos los partidos políticos en la mejora del Sistema Único de Salud (SUS), y que dicha ESF se

---

<sup>6</sup> Conviene destacar la labor positiva de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad, en pro de la mejora de la formación de los residentes, cuyo mejor ejemplo es: Lopes JMC, Fernandes CLC, Curra LCD, Mattos LFC. Manual da oficina para capacitar preceptores em Medicina de Familia e Comunidade. Florianópolis; SBMFC; 2009.

expandiese hasta cubrir al 100% de la población para mantener y acrecentar la salud y la competitividad de Brasil. Una ESF sólo para pobres termina siendo una pobre ESF.

La ESF definida con un modelo común Federal implicaría el desarrollo de a/ una Atención Primaria centrada en el paciente y su familia, y en la comunidad, universal, integral (preventiva, curativa y rehabilitadora), descentralizada y con participación popular, b/ una Atención Primaria fuerte y resolutiva, muy accesible, con profesionales polivalentes capaces de responder en ese nivel al 90% de las necesidades de la población, c/ una Atención Primaria con el médico de familia como primer contacto médico, codo a codo con un Equipo funcional capacitado y dotado con tecnología adecuada, d/ un SUS en que todos los especialistas<sup>7</sup> (incluso pediatras, ginecólogos y clínicos generales) trabajen como consultores de los médicos de familia, de forma que estos coordinen de forma efectiva los servicios (con independencia del lugar y momento en que se presten) y e/ un SUS en el que la Atención Primaria sea de país desarrollado (bien dotada en tecnología y ciencia), y filtro para el nivel especializado, como corresponde a un Brasil moderno, sano y competitivo.

El objetivo global del SUS, la mejora y fomento de la salud de los brasileños, exige un “buen gobierno sanitario” que asegure el mejor uso de los recursos públicos, con transparencia, y con el fomento de la ESF (y la implantación universal de las UBSF) como forma de dar la mejor respuesta a las necesidades de la población y de los pacientes. El “buen gobierno sanitario” se define por el compromiso de publicación con transparencia de las cuentas públicas (ingresos y gastos) y de la consecución de objetivos ajustados a los valores sociales y sanitarios, así como de los logros y resultados en salud, y por el seguimiento de los principios de ética democrática, fundamentalmente equidad y eficiencia.

---

<sup>7</sup> Se llama médico general al médico más accesible y cercano, al médico “de la familia”, al que coordina el acceso y los servicios de los otros médicos especialistas. En muchos países se conoce al médico general por tal nombre; en otros su nuevo nombre es “médico de familia”. En todo caso, ser médico general o de familia es ser un especialista, con residencia obligatoria en los países de la Unión Europea, Australia, Brasil, Canadá, Nueva Zelanda y otros. Llamamos médico generalista al médico de cabecera, al médico general que atiende al paciente y a su familia en todos los casos y situaciones (en el consultorio y en el domicilio del paciente, desde la concepción a la muerte, y desde la salud a la enfermedad) y que solicita el trabajo de consultor del médico especialista en situaciones episódicas que requieren tecnología o conocimientos específicos. El nombre de “médico de cabecera” alude a la visita a domicilio, a estar junto a la “cabecera” de la cama del paciente; también alude a consejero de la familia, que se frecuenta y aprecia. El médico general se transformó en “médico de familia” en los EEUU, en la década del 60 del siglo XX, por el rechazo del Comité de Especialización a reconocer como una especialidad lo que se dedicaba a lo general. El nombre de médico de familia es el que se emplea oficialmente en Brasil y en España y en otros países. Persiste el nombre oficial de médico general en el Reino Unido, Irlanda, Holanda, Noruega, Francia, Nueva Zelanda y otros países. En la Unión Europea (27 países, 500 millones de habitantes) para trabajar en el Servicio de Salud público se exige el título de especialista en Medicina General-de Familia (residencia de tres años, como mínimo).

## INTRODUCCIÓN

La distancia entre teoría y práctica suele ser abismal en casi todos los ámbitos de la vida, y no podía ser menos en el sector sanitario.

Llamamos eficacia a las posibilidades del sistema sanitario en las mejores condiciones posibles, y efectividad a las posibilidades en las condiciones habituales. Pues bien, un abismo separa la efectividad de la eficacia, entre lo que se hace y se podría hacer en la actividad sanitaria<sup>8</sup>. Es decir, existen tecnologías y conocimientos que no se aplican en el trabajo clínico en las condiciones habituales. Poseemos inmensa capacidad clínica que no se emplea en la práctica diaria.

En general, dedicamos ingentes esfuerzos a desarrollar nuevas ideas, tecnologías y formas de resolver problemas de salud pero apenas hay preocupación por aplicar dichas mejoras en el trabajo diario. Con ello, el resultado es menos salud y más gasto, un despilfarro intolerable frente a las posibilidades teóricas. Tal despilfarro es algo que no pueden permitirse ni los países ricos ni los pobres, pero que parece consustancial a la forma de trabajo en el sistema sanitario (público y privado).

Por ello es esencial hacerse preguntas en torno al “¿cómo?” (¿cómo superar el abismo entre efectividad y eficacia?). Por ejemplo, “¿cómo mejorar la Atención Primaria en Brasil?, por más que la pregunta lleve implícita la hipótesis de que en la Atención Primaria de Brasil también hay un abismo entre la eficacia y la efectividad (entre lo que se podría hacer y lo que se hace).

En Brasil existe una Estrategia de Salud de Familia (ESF) que desde el sector público ha reformado muchos centros de salud para ofrecer servicios muy variados de forma que un equipo multiprofesional, con un médico de familia, dé respuesta a los problemas sanitarios frecuentes y coordine los servicios para todos los demás problemas. La mejor expresión práctica de la ESF es la Política Nacional de Atención Primaria<sup>9</sup>.

Según la teoría de la ESF, en la formulación de la Política Nacional de Atención Primaria, los centros de salud deberían ser resolutivos y accesibles, con capacidad para dar respuesta preventiva, curativa y de rehabilitación a problemas agudos y crónicos

---

<sup>8</sup> Ortún V. Mejor (servicio) siempre es (más) salud. Rev Españ Salud Pública. 2006;80:1-4. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci_arttext)

<sup>9</sup> Política Nacional de Atención Básica. Ministerio da Saúde. Serie Pactos por la Saúde; vol 4. Brasilia: Ministerio da Saúde; 2006. [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/politica\\_nacional\\_atencion\\_primaria.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/politica_nacional_atencion_primaria.pdf)

frecuentes y relevantes, en los centros de la salud y en la comunidad, con actividades programadas y a demanda desarrolladas por un equipo que establece vínculos con los pacientes y la comunicad y tiene en cuenta la dinámica de la población adscrita; los equipos coordinan los cuidados que se prestan en otros servicios, promueven una atención personalizada (“humana”) a individuos, familias y comunidades y buscan la equidad. Tales centros de salud reciben el nombre de Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF), en las que trabajan Equipos de Atención Primaria que aplican la ESF.

Dicha ESF ha tenido notable impacto en indicadores de salud tales como la mortalidad neonatal o las hospitalizaciones evitables y constituye una opción excelente para la mejora de los servicios sanitarios<sup>101112</sup>.

Los objetivos finales de la ESF coinciden con los del sistema sanitario: 1/ evitar, tratar y paliar las enfermedades y lesiones agudas y crónicas y 2/ ayudar a bien morir (en el hospital y en el domicilio del paciente)<sup>13</sup>. Pero, ¿ha logrado la ESF los fines que se proponía? Y si no los ha logrado, ¿cómo conseguirlo?

Las respuestas a estas dos incómodas preguntas no pueden ser puramente ideológicas, en el sentido de ideas que interpretan la realidad y acomodan ésta para que satisfaga aquellas.

Así, pudiera existir un acuerdo global entre políticos, gestores y profesionales acerca de la “bondad” del modelo ESF, pero los hechos podrían hacer pensar lo contrario.

Los hechos hacen pensar que, como en todos los países, hay un abismo entre la teoría y la práctica, con gran variabilidad según los Municipios; a destacar los problemas de accesibilidad, de integralidad y de coordinación<sup>1415</sup>. Por ello, una parte de la población cubierta por la ESF no tiene acceso a la atención en horas convenientes, ni a la variedad de servicios que precisa. Dicha población resuelve la situación utilizando en exceso a las,

---

<sup>10</sup> Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambulatory Care Manage.* 2009;32:115-22.

<sup>11</sup> PaímJ, Travessos C, Almeida C, Mazinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-97.

<sup>12</sup> Harris M. Brazil's Family Health Program *BMJ* 2010; 341:c4945

• <sup>13</sup> Hasting Center. Los fines de la Medicina. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas; 2004.  
[http://www.ehu.es/SEMDE/archivos\\_pdf/Los%20Fines%20de%20la%20Medicina%20%28Informe%20Hastings%29.pdf](http://www.ehu.es/SEMDE/archivos_pdf/Los%20Fines%20de%20la%20Medicina%20%28Informe%20Hastings%29.pdf)

<sup>14</sup> Harzheim E y col. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde. Navegadorsus (nº 3). Brasília: OPS-Brasil; 2011.

[http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=87&Itemid=](http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=87&Itemid=)

<sup>15</sup> Giovanella L, Mendonça MH, Almeida P et al. Saúde da família: limites e possibilidades para una abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciencia Saúde Colectiva.* 2009;14:783-94.  
<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v14n3/14.pdf>

también públicas y de atención gratis en el punto de servicio, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), y por ello las UPA son muy populares entre esa población y entre los políticos (como el Servicio de Atención Móvil de Urgencia, SUMA, de ambulancias, también público y gratuito).

El origen de este Proyecto está en estos hechos, en la popularidad y extensión de las UPA (*walk-in clinics*) por Brasil. Pero el espejo de los hechos no refleja sólo el uso de las UPA por miembros de la clase baja que no reciben atención adecuada en los centros de salud. Son hechos, también, la aspiración de las clases medias a contar con un “plan privado de salud”, y la popularidad y extensión de las bien llamadas “clínicas privadas populares” (que atraen incluso a las clases bajas). El sector privado, con su acceso directo a los especialistas y a las pruebas diagnósticas es potente y está en crecimiento (por más que sus servicios tengan también problemas y debilidades).

En todos estos casos, los ciudadanos votan con los pies y los políticos los secundan.

¿Qué nos dicen los ciudadanos, y los políticos? Que la ESF no está dando de sí todo lo que podría dar, que la ESF tiene un amplio recorrido de mejora, que la ESF no ha logrado todos los fines que se propuso. Es lo esperable, por otra parte, pues el abismo entre la eficacia y la efectividad en la prestación de servicios sanitarios es un problema mundial<sup>16</sup>, y no iba a ser Brasil una excepción. También es mundial la tensión entre una Medicina tecnológica, deshumanizada y especializada y una Medicina científica, humana, general y cercana<sup>17</sup>.

Los servicios sanitarios tienen una larga historia, desde la Prehistoria. Sus profesionales han sido siempre generalistas. Sólo a finales del siglo XIX comenzó la especialización de los médicos, por el desarrollo de los hospitales, de las tecnologías y del capitalismo (el médico especialista puede ofrecer servicios que la clase alta puede pagar)<sup>18</sup>.

Entre los países desarrollados, sólo los EEUU carecen de un sistema sanitario público que cubra a toda la población. Los servicios públicos de los países desarrollados se implantaron a lo largo del siglo XX, y generalmente contaron con un nivel básico (de fundamental, no de elemental), puerta de entrada y primer contacto con el sistema sanitario que conocemos por Atención Primaria. En ese nivel existe un médico (general o

---

<sup>16</sup> Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century. Washington: National Academy Press;2001.

<sup>17</sup> Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia..Aten Primaria. 1995;16:501-6. <http://www.equipoceca.org/politica-sanitaria/caracterizacion-del-trabajo-asistencial-del-medico-generalde-familia/>

1. <sup>18</sup> Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Barcelona: Ediciones Científico Técnicas, 1994.

de familia) capaz de coordinar los cuidados de los especialistas y de responder por sí mismo y/o con un equipo multiprofesional al 90% de los problemas de los pacientes y la comunidad.

En los países desarrollados en que existe una Atención Primaria fuerte hay mejor salud, y el coste del sistema sanitario es menor<sup>19</sup>. A su vez, los países con una Atención Primaria fuerte cuentan con fuertes asociaciones de médicos generales o de familia, como se ha demostrado reiteradamente en Europa<sup>20</sup>. Dichas asociaciones apoyan y lideran los cambios necesarios para lograr dar respuesta a las necesidades de los pacientes y de las comunidades.

En Brasil existe una Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad (SBMFC) que agrupa a los médicos de familia, y que defiende la ESF. Prueba de la fortaleza de la SBMFC es su capacidad de crítica constructiva y de empuje para el cambio. Por ello la SBMFC ha sido capaz de hacerse las dos preguntas incómodas citadas (¿ha logrado la ESF los fines que se proponía? Y si no los ha logrado, ¿cómo conseguirlo?) y al encarar este Proyecto para responderlas demuestra su compromiso con la salud de los brasileños y con el mejor propósito de los políticos de Brasil<sup>22</sup>.

---

<sup>19</sup> Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.

<sup>20</sup> Gérvas J, Pérez Fernández M. Western European best practice in primary health care. *Eur J Gen Pract.* 2006;12:30-3. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272006000100001&script=sci_arttext)

• <sup>21</sup> Rico A, Saltman RB, Boerma WB. Organizational restructuring in European health systems: the role of primary care. *Social Policy Administr* 2003; 37:592-608.

<sup>22</sup> **Por supuesto, los errores y equivocaciones en este texto y en el Proyecto en general son responsabilidad exclusiva de los dos firmantes; la SBMFC ha prestado su apoyo para evitarlos. Los firmantes han puesto lo mejor de su ciencia y conciencia, de su trabajo y de su vida en asegurar la exactitud e interpretación de las observaciones, y aceptan encantados rectificaciones y recomendaciones de cambio y mejora de este Informe.**

## **BRASIL Y SU SISTEMA SANITARIO<sup>2324</sup>, A LOS OJOS DE UNOS EXTRANJEROS**

El Brasil de 2011 es la séptima potencia económica mundial.

Por tamaño geográfico es la quinta nación del mundo (tras Rusia, Canadá, China y EEUU), con sus 8,5 millones de kilómetros cuadrados.

Por su demografía también es la quinta nación del mundo (tras China, India, EEUU e Indonesia) con sus casi 200 millones de habitantes.

Para comparar, los 27 países de la Unión Europea agrupan a 500 millones de habitantes en 4,32 millones de kilómetros cuadrados. Por ello, la Unión Europea entera casi cabría en el territorio de la selva amazónica (3,6 millones de kilómetros cuadrados).

Un 84% de la población brasileña es urbana. Las ciudades que están creciendo son las de tamaño medio, entre 100 y 500.000 habitantes. La mayor concentración urbana es la de Sao Paulo, con veinte millones de habitantes.

De media, en un domicilio habitan 3,3 personas.

El analfabetismo afecta al 9% de la población.

La renta *per capita* en Brasil es de casi 11.000 dólares (superior a la de Méjico, de 10.000 dólares; en España está en torno a los 22.000, decreciendo por el impacto de la crisis). La clase socioeconómica más populosa es la clase media (C) que constituye el 51% de la población (las clases sociales se categorizan en A, B, C, D y E, siendo esta última la de menos ingresos). Hay casi dos millones y medio de personas sin renta alguna.

La energía eléctrica llega al 99% de los hogares; el agua corriente al 83%; la recogida de basuras al 88%. Tiene servicio de aguas residuales el 55% de los hogares<sup>25</sup>.

En 2010, el crecimiento poblacional fue del 1,2%. Cada año hay dos millones de partos, siendo el 40% por cesárea (hasta el 80% entre las mujeres de clase alta). La tasa de fertilidad está en torno a 1,9.

La expectativa de vida al nacer en Brasil es de 73 años (70 para los varones, 76 para las mujeres). La mortalidad infantil es del 20 por mil (en algunos Estados del Sur las cifras

---

<sup>23</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php)

<sup>24</sup> La información respecto al sistema sanitario y la salud y enfermedad proviene de distintas fuentes, que se van citando a lo largo del texto, cuando es más apropiado.

<sup>25</sup> El servicio de aguas residuales no implica la depuración de dichas aguas, que a veces se vierten directamente en ríos, lagos, grandes charcas al aire libre y el mar.

son de menos de 10 por mil).

El 72% de las muertes se deben a enfermedades crónicas no infecciosas (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer, diabetes y otras). Las causas externas provocan el 13% de las muertes, con tasas de homicidios de 27 por cien mil y de accidentes de tráfico de 24 por cien mil (en España, respectivamente 1,2 y 7). Las infecciones provocan el 10% de las muertes. La mortalidad infantil y materna conlleva el 5% de la mortalidad.

El gasto sanitario está en torno al 8,4% del Producto Interior Bruto. Es público el 42% del mismo (por comparación, en España es público el 72% del gasto sanitario, en Japón el 81% y en Dinamarca el 85%)<sup>26</sup>. Por ello decimos que Brasil no tiene un sistema sanitario público universal, ya que la financiación pública no llega al 50%.

El sector privado en Brasil es muy potente, y cubre un 23% de la población, unos 60 millones de personas (en ciudades como Belem, por ejemplo, hay 400.000 personas con planes privados de salud en una población total de 2 millones).

Existen subsistemas públicos para trabajadores y empleados de empresas como Petrobras, o el Banco de Brasil (que ha adoptado la ESF en su Caixa de Assistência dos Funcionarios, CASSI).

Hay un Sistema Único de Salud (SUS), público, fundado tras la dictadura militar, en 1988. El SUS es un ejemplo internacional<sup>27</sup> pero sólo cubre al 75% de la población, por más que haya desarrollado una acreditada Red pública de centros sanitarios, con profesionales asalariados (financiación y provisión pública) y prestación gratuita de servicios en el punto de la atención.

En Atención Primaria la Red del SUS tiene unas 60.000 unidades. Muchas unidades responden a una atención tipo policlínico soviético, con acceso directo a *clínico geral* (muchos, especialistas en Medicina Interna), ginecólogo y pediatra; son las Unidades Básicas de Salud (UBS). En principio las UBS deberían transformarse en UBSF, al implantarse la Estrategia de Salud de Familia, pero siguen siendo populares entre la población (y muchos políticos) que parecen preferirlas a su alternativa (las UBSF).

A comienzos de los noventa se diseñó la Estrategia de Salud de Familia (ESF), que empezó a aplicarse casi de inmediato y se generalizó en 1998, de impulso y financiación

---

<sup>26</sup> Se discuten las cifras del gasto sanitario en Brasil, pero hay coincidencia en que el gasto público está en torno al 40-45% del total, y que el gasto privado crece más rápidamente que el público. Además, el gasto Federal está representando menos cada vez, respecto al Estatal y Municipal. Incluso en revistas extranjeras de negocios se comenta acerca de la necesidad de inyectar más fondos públicos: Health care in Brazil. An injection of reality. <http://www.economist.com/node/21524879>

<sup>27</sup> Uauy R. The impact of the Brazil experience in Latin America. Lancet. 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60437-6.

parcial Federal (Gobierno de Brasilia), Estatal (Gobierno de cada Estado) y Municipal, pero con control y aplicación descentralizada, Municipal. La ESF promueve el desarrollo de una Atención Primaria fuerte. El objetivo era llegar a atender al 100% de la población con dicha ESF pero, pese a una fuerte inversión, la cobertura en 2011 ronda el 60%, con unos 32.000 Equipos de Atención Primaria.

Las Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF) llevan a cabo la Estrategia de Salud de Familia con equipos en los que hay 1 médico (generalista, idealmente especializado en Medicina de Familia, pero sólo hay en la actualidad aproximadamente 3.000 con tal titulación, vía MIR -residencia de dos años- o examen, contra un total de 32.000 equipos), 1 enfermera, 1 auxiliar/técnico de enfermería y, generalmente, seis agentes comunitarios de salud (ACS).

Existen 250.000 ACS en todo Brasil, y son la base del SUS (y el germen desde el que se originó la Atención Primaria). Viven en la comunidad, poseen estudios básicos y reciben capacitación inicial para su trabajo de visitas a domicilio y con la población; ellos hacen el *catastro*, de forma que registran las condiciones de vida de las viviendas y de sus moradores (cada uno suele encargarse de una "microárea). Su formación y compromiso es muy variable, y los hay capaces y resolutivos, casi únicos sanitarios en poblaciones aisladas. Se ha demostrado su impacto positivo sobre todo respecto a la salud materno-infantil<sup>28</sup>

Los nueve miembros del equipo atienden a unas 4.000 personas, definidas según límites geográficos (no hay libertad de elección ni de médico, ni de equipo)<sup>29</sup>.

Las UBSF cuentan con un director-gerente, que generalmente es enfermera, asistente social o administrativo, casi nunca médico. Dicho director-gerente tiene escasa autonomía y bajo liderazgo, y su trabajo es predominantemente administrativo y burocrático. Su nombramiento y permanencia depende de los vaivenes políticos y por eso no suelen desarrollar una carrera profesional.

Las UBSF también tienen equipos de odontología, con odontólogo, auxiliares y técnicos, cuyo trabajo es básicamente preventivo. Hay unos 25.000 equipos de Odontología.

Así mismo, las UBSF cuentan con farmacia, que ofrece gratis los medicamentos de uso frecuente (según un listado básico que puede modificarse localmente a través de un

---

<sup>28</sup> Giugliani C. Agentes Comunitários de Saúde: efetividade no Brasil e processo de imantação em Angola. Porto Alegre: Universidad Federal Rio Grande do Sul; 2011. Tese de doutorado.

<sup>29</sup> 4.000 habitantes es el máximo, y 3.000 lo recomendable, según la Portaria 648-2006.  
<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>

proceso complejo) y los específicos para algunas enfermedades, como lepra y tuberculosis (hay un programa, Farmacia Popular, que ofrece medicamentos, también gratis o a muy bajo coste, en las farmacias privadas que se adhieren al mismo). Las farmacias de los centros de salud siempre dependen de un farmacéutico que organiza y supervisa el trabajo en las mismas.

Los centros de salud reciben visitas regulares del Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia (NASF), de composición variable, pero que generalmente incluye farmacéutico, psiquiatra, psicólogo, nutricionista y fisioterapeuta. En algunos casos hay consultas de *matriciamiento*, en que acuden al centro de salud especialistas para realizar consultas concertadas, para situaciones y casos específicos.

En el SUS, y en las UBSF, existe una abundante “recolección de datos”, a veces burocráticos, en que se consume tiempo y esfuerzo incontable. Sin embargo, no constituye un verdadero sistema de información que permita tomar decisiones y evaluar sus consecuencias. En muchos casos son datos del proceso que no suelen medir la cobertura de las actividades (por ejemplo, se conoce el número de citologías realizadas, pero no las mujeres a las que nunca se les ha hecho una citología).

Las UBSF se implantaron primero en zonas de bajo Índice de Desarrollo Humano y se orientaron a la prevención y promoción de la salud, con programas y protocolos verticales que respondían a un patrón de morbilidad y mortalidad de país en desarrollo. Hubo una reforma pro-contenido que las dotó de lo más básico (pero, por ejemplo, suele haber sólo “un” teléfono por UBSF y en general falta desde material para sutura a morfina, desde espirómetros a electrocardiógrafos, desde sondas uretrales a tiras de orina).

Erróneamente, en contra de la Política Nacional de Atención Básica, en muchos casos se entiende que las UBSF se deben dedicar casi en exclusiva “a prevención y promoción de la salud”, a programas y protocolos verticales de diversa índole (del niño sano, de la embarazada, de la hipertensión, etc). Ello lleva a la organización común de la atención en “programas”, con turnos de mañana-tarde para, por ejemplo, embarazadas, niños, hipertensos, domicilios, citologías y demás. En la práctica hay dificultades para atender lo que no sean pacientes “programados” (*agendados*) y su capacidad de resolución es baja. La respuesta a urgencias, incluso menores, y a emergencias es, en general, muy pobre.

Como norma, las estructuras físicas de las UBSF son suficientes, pero el ambiente y diseño es frío y despersonalizado.

No se ha hecho una reforma pro-coordinación (que dé el monopolio del primer contacto a

los médicos de familia de las UBSF, y al tiempo el poder de filtro para la atención especializada). La persistencia de las UBS (con acceso directo a especialistas como internista, pediatra y ginecólogo) da idea de esa carencia de reforma pro-coordinación; también, la ausencia casi sistemática de informes (*contra-referencia*) de alta hospitalaria, o tras la visita al especialista, o después de la consulta en las UPA.

El déficit curativo va contra el principio de integralidad del SUS (los otros principios son: universalidad, descentralización, equidad y participación popular), y las dificultades para el acceso y la escasa respuesta a la demanda espontánea y a las urgencias, contra los principios de la Política Nacional de Atención Básica (la ESF). La escasa o nula coordinación va contra la salud de los brasileños e impide lograr la misión del SUS y de la ESF.

Los Municipios aminoran el déficit curativo con Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de nombres variados según el lugar. Son centros en los que se atienden “urgencias” intermedias, desde los problemas de salud de los trabajadores (que encuentran las UBSF y UBS cerradas a las cinco de la tarde, salvo excepciones) a cuestiones menores como heridas y lesiones. Suelen contar con desfibrilador y carro de parada, pero su dotación es escasa (en general no hay ni oftalmoscopio ni glucagón, por ejemplo).

Las condiciones de contrato de médicos y enfermeras dependen mucho del Municipio, y no son raros los ejemplos de contratación inestable. No existen incentivos para la dedicación exclusiva y la realización de guardias (*plantones*) en Unidades de Pronto Atendimento es algo común entre los médicos de los equipos. Los salarios mensuales de los médicos son muy variables, entre 4.000 y 12.000 reales (unos 3.500 euros de media<sup>30</sup>). Las condiciones del contrato son peores cuando se “externaliza” la gestión de las UBSF, lo que no es raro. En el nivel más bajo de salarios se encuentran los ACS, administrativos, recepcionistas y técnicos auxiliares, que generalmente cobran el salario mínimo (unos 600 reales; se estima que para supervivir se precisa el doble; por ello no es raro que estos profesionales también tengan al menos un trabajo “extra”).

La rotación de médicos y enfermeras de equipos es muy alta, siendo pocos los que permanecen más de dos años en la misma UBSF.

El grado de implantación de las UBSF no da idea de su capacidad de resolución. La descentralización sanitaria tiene ventajas e inconvenientes; entre estos, la excesiva dependencia de los avatares políticos locales. Cada Municipio emplea “la marca” ESF

---

<sup>30</sup> El salario mensual medio de los trabajadores en Brasil es de unos 1.600 reales (en torno a 640 euros).

para designar realidades muy distintas, algunas muy carentes y algunas excelentes, como en Río de Janeiro. En general, los Estados del Sur, con ciudades como Curitiba-Sao José dos Pinhais, Porto Alegre y Florianópolis se acercan más a un “modelo europeo y canadiense” de Atención Primaria.

En síntesis, Brasil tiene ya un perfil económico, social y sanitario de país desarrollado, ha dado y está dando respuesta a los principales problemas infecciosos y de planificación familiar, cuenta con un sistema sanitario que podría enfrentarse a la transición epidemiológica, y tiene una ESF que es germen de una Atención Primaria fuerte. En la práctica hay problemas graves y una enorme tensión entre el potente desarrollo del sistema privado y la anemia del público. Cabe la tentación de copiar a los EEUU y proveer de una Atención Primaria pública básica (de elemental) a los pobres, con una oferta privada especializada y tecnológica a las clases medias y alta.

## MITOS SANITARIOS BRASILEÑOS, A LOS OJOS DE UNOS EXTRANJEROS

Si bien los teóricos de la Salud Pública y de la Atención Primaria de Brasil han tenido y tienen fama mundial, asombra la repetición frecuente por los profesionales sanitarios de algunos mantras que ofuscan y dificultan el debate en ambos campos sanitarios. Conviene ser conscientes de la filosofía e ideología que hay tras dichos mantras, para superar barreras culturales.

Entre los mantras más aceptados y repetidos:

1. “Todo brasileño tiene derecho a la salud”. Es cierto que la Constitución de Brasil atribuye ese derecho, pero es de imposible cumplimiento. Es como si la Constitución de Brasil asegurara el derecho a la inteligencia, el derecho a la belleza, el derecho a la paz interior, el derecho a la bondad, y/o el derecho a la felicidad. La Constitución puede asegurar el derecho a la protección, promoción, prevención de la salud y a la atención curativa, que no es poco<sup>31</sup>. En las sociedades desarrolladas se acepta que el Estado es responsable de los cursos de acción que llevan a la protección de la salud (establecer y hacer cumplir la legislación que evite daños), la promoción de la salud (desarrollar actividades que lleven a mejorar la salud), la prevención de la enfermedad y del sufrimiento (evitar el desarrollo de enfermedades y diagnosticarlas en fases pre-clínicas) y la organización de la prestación de cuidados curativos y rehabilitadores a los enfermos y lesionados. Es clave que todo ello se aplique en forma equitativa, de manera que sean las personas y los grupos más necesitados los que reciban atención proporcionada. El derecho a la salud es un absurdo que ofusca el debate y el cumplimiento de los deberes (más modestos, pero clave) del Estado.
2. “Brasil es el único país del mundo con más de cien millones de habitantes que tiene un sistema sanitario público y universal”. Es falso, lamentablemente, pues en Brasil sólo existe la legislación y el deseo de ofrecer un sistema público, único y universal, pero no se ha logrado tal meta pues la financiación es todavía privada en

---

<sup>31</sup> Gêrvas J. Atención Primaria, de la teoría a la práctica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. <http://www.equipoesca.org/index.php?s=cadernos>

más del 50%. Por otro lado, Japón, con 120 millones de habitantes, sí ofrece un sistema sanitario público de cobertura universal. Otro tanto la Unión Europea (27 países, 500 millones de habitantes, con más del 65% de legislación en común). El tamaño de la población no es un inconveniente en sí mismo, sino una circunstancia con la que contar.

3. “Al ser Brasil un país continental, todo es más difícil”. Ciertamente, pero Canadá es más grande que Brasil y son también continentales Australia y la Unión Europea (y todos ellos se adaptan al tamaño). Por ejemplo, los Flying Doctors en Australia, médicos generales y pilotos de avionetas con las que vuelan para prestar atención en lugares remotos, además de toda una organización de teleasistencia y puestos de salud<sup>32</sup>. Por ejemplo, los médicos de familia y enfermeras de Saskatchewan (Canadá) y de Laponia (Finlandia) que se preparan para las durísimas condiciones invernales, con aislamiento total, de forma que pueden realizar hasta operaciones quirúrgicas de urgencia; por ejemplo, apendicectomías y cesáreas. El tamaño continental exige organización y acciones apropiadas, nada más (como se hace en otros lugares y en el propio Brasil<sup>333435</sup>)
4. “Todo es más complejo en Brasil porque la población es pobre y analfabeta, y los problemas sociales son tremendos”. Brasil no es pobre, sino que tiene una muy injusta distribución de su riqueza, y el analfabetismo afecta a menos del 10% de la población general. Por contraste, Kerala (India) es realmente pobre, y sin embargo cuenta con buena salud<sup>36</sup>. Los problemas sociales son de índole diferente según el

---

<sup>32</sup> Con 60 aviones, 21 bases y casi 1.000 profesionales. <http://www.flyingdoctor.org.au/>

<sup>33</sup> Wakernan J, Humphreys J, Wells R et al. A systematic review of primary health care delivery models in rural and remote Australia 1993-2006. Darwin: Australia Primary Health Care Research Institute. Center for Remote Health; 2006. [http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/RuralRemote/Final\\_25\\_Wakerman.pdf](http://www.anu.edu.au/aphcri/Domain/RuralRemote/Final_25_Wakerman.pdf)

<sup>34</sup> Magalhaes JM. Aprioramiento das ações do programa de agentes comunitários de saúde do família (PACS) e saúde de família (PSF), na zona rural do Município de Fonta Boa-AM. 2ª Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família, 01-03 junho 2004, Brasília.

[http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/2a\\_mostra/aprimoramentoacoes\\_pacs\\_psf\\_zona\\_rural\\_municipio\\_fonte\\_boa\\_am.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/2a_mostra/aprimoramentoacoes_pacs_psf_zona_rural_municipio_fonte_boa_am.pdf)

<sup>35</sup> Governo inaugura primeira unidade fluvial do Saúde da Família. 7/12 de 2010.

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35785](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35785)

<http://www.saudealegria.org.br/noticias1.html>

<sup>36</sup> Kerala (India) es un Estado de gran interés para Brasil, con sus 91 millones de habitantes, y su democracia efectiva que ha llevado al Partido Comunista a gobernar más de la mitad del tiempo desde la independencia del Reino Unido. Sin embargo, y por contraste con Cuba, Kerala es poco conocida en Brasil. Para saber más sobre sus éxitos en salud y la redistribución de la riqueza: Zachariah KC, Rajan SI. Kerala's demographic transition: determinants and consequences. New Delhi: Sage Publications; 1997. También: Lynch JW, Davey Smith G, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ 2000; 320: 1200-1204.

país considerado, pero existen en todos. Así, por ejemplo, en Japón se enfrentan a una población envejecida cuyos problemas superan en mucho los de la población joven de Brasil. Por ejemplo, en la Unión Europea la diversidad de las lenguas es un problema común a todos los Estados (así, en España hay cuatro lenguas oficiales, además de las lenguas de los inmigrantes, el 10% de la población), mientras en Brasil la población habla exclusivamente portugués (con excepción de algunos nativos). La población brasileña, como la de todos los países, tiene sus peculiaridades que exigen un sistema sanitario adaptado a las mismas.

5. “La cultura brasileña explica la popularidad de prácticas obsoletas, innecesarias y/o peligrosas, como las nebulizaciones y la prescripción casi automática de antibióticos en las cistitis, o conductas como el rechazo a morir en el propio domicilio”. En todos los países hay una cultura de salud popular, que cada vez dependen más de los médicos y del “aparato” sanitario (“la expropiación de la salud”<sup>37</sup>). La población se adapta y aprende de los profesionales. Por ello, al final mucho de la cultura popular traduce las limitaciones de los profesionales y del sistema sanitario. Tal cultura sirve de “excusa” para algunas prácticas insólitas en Brasil, como la inyección intravenosa de metamizol para el tratamiento rutinario de las jaquecas, o el temor casi reverencial a los shock anafilácticos por la penicilina benzatina.
6. “En Brasil es muy frecuente la muerte violenta”. Es cierto que en Brasil las cifras de muerte por violencia (homicidio, suicidio, y otras) son muy altas, pero por ejemplo en Argentina también los son y allí están aumentando. En la actualidad, en Brasil las causas de muerte son las típicas de los países desarrollados (72% por enfermedades crónicas), por más que las causas externas provoquen el 13% del total<sup>38,39</sup>. Las tasas de muerte por homicidio y accidente de tráfico son altas, pero no tienen el impacto en salud pública que tuvieron hace años y, por otra parte, en general, la violencia es la externalidad de la injusta distribución de la riqueza (más que de la pobreza en sí).
7. “En Brasil la participación comunitaria en salud es la mayor del mundo”. No hay datos internacionales que permitan aceptar o rechazar tal hipótesis, pero la

---

<sup>37</sup> Illich I. *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores; 1975.

<sup>38</sup> Schmidt MI, Duncam BS, Silva GA et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9

<sup>39</sup> Reichenheim MI, Souza ER, Moraes CL et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made and challenges ahead. *Lancet*. 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60053-6

democracia brasileña tiene como mínimo los mismos problemas que las democracias en todos los países desarrollados. La participación comunitaria y la descentralización sanitaria son típicas también de los países nórdicos europeos, y en general, en el mundo se demuestra que a más y mejor democracia corresponde más salud<sup>40</sup>. La participación comunitaria en Brasil es ejemplar, con sus conferencias de salud, pero no está exenta de problemas. Por ejemplo, raramente se trata en esas conferencias de la mortalidad por resistencias bacterianas, ni sobre el origen político de la obesidad, ni sobre la pobreza y la injusta distribución de la riqueza como factor clave en la intensidad y prevalencia de violencia, dengue, tuberculosis, prostitución, drogas, pérdida de dentición y demás. Ni sobre el problema de la atención a los crónicos a domicilio. Ni sobre el impacto en salud del aborto voluntario ilegal. La “distancia al poder” es enorme en Brasil, y la salud de la democracia, regular.

8. “La Salud Colectiva<sup>4142</sup> es la mejor respuesta a los problemas de salud de los brasileños”. Falso, si se ve a la Salud Colectiva como opuesta a la atención clínica individual. Por supuesto, es obligatorio responder a los determinantes de salud, y en la búsqueda de la equidad se deben encontrar soluciones que fomenten la justa distribución de la riqueza, la educación formal, universal y gratuita de calidad, el suministro y depuración de aguas, el trabajo digno, y demás. Pero no hay (no debería haber) contradicción entre las actividades individuales, propias de la atención clínica, y los servicios a la población y a la comunidad, propios de la Salud Colectiva. Son, de hechos, actividades y servicios complementarios. Curiosamente, mientras en el mundo desarrollado el problema es la “apropiación” por la Atención Primaria médica de la Salud Pública-Comunitaria con respuestas de atención clínica individual a problemas de la población<sup>43</sup>, en Brasil la situación es opuesta. Es decir, en Brasil la Salud Colectiva se ha apropiado de la Atención Primaria y

---

<sup>40</sup> Franco Á, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effects of democracy on health: ecological study. *BMJ* 2004; 329:18-25. <http://www.bmj.com/content/329/7480/1421.full>

<sup>41</sup> Es Salud Colectiva un producto típicamente brasileño, mezcla de Salud Pública, Sociología, Epidemiología, Gestión, Economía de la Salud y otras áreas sociales de conocimiento sobre salud. Gusso G, Marins JN, Delmarzo MMP y col. Diretrizes para o ensino na atenção primária à saúde na graduação em Medicina (SBMFC e ABEM). *Cadernos ABEM*. 2009;5:5-13.

<sup>42</sup> Ianni AMZ. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a sociologia no Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20:32-40. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-12902011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-12902011000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

<sup>43</sup> Gérvas J, Segura A. Cooperación entre Salud Pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007;39:319-22.

pretende dar respuestas comunitarias a los problemas individuales. Ambas opciones son ineficientes, y lo lógico es una estrategia global que aúne todos los recursos disponibles, clínicos individuales y colectivos comunitarios.

## **LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO**

En todos los países del mundo se cumple la Ley de Cuidados Inversos (“los pacientes reciben cuidados en proporción inversa a sus necesidades, y esto es más cierto cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario”)<sup>44</sup>. Para disminuir el impacto de la Ley de Cuidados Inversos se ha hecho un inmenso esfuerzo en Brasil con la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y la priorización de la construcción y dotación de las Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF) en zonas con bajo Índice de Desarrollo Humano.

Con este Proyecto se pretende responder a: ¿ha logrado en la práctica la Estrategia de Salud de Familia los fines que se proponía? Y si no los ha logrado, ¿cómo conseguirlo?

En los entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano el trabajo en las Unidades Básicas de Salud de Familia es muy duro, por las condiciones geográficas, culturales y sociales. Por ello, con frecuencia los profesionales se trasladan en cuanto pueden, establecen poco o nulo compromiso con los pacientes y las comunidades, y no desarrollan todo su potencial clínico y social. No es infrecuente la desidia, la “cultura de la queja”, el abandono profesional, la dejación de responsabilidades, la pérdida de los valores clínicos, el trabajo sin dignidad y la pérdida de la autoestima. Con ello se cumple con más rigor la Ley de Cuidados Inversos y se crea y mantiene un círculo negativo de baja calidad clínica y escasa resolución de problemas, que retroalimenta los traslados, la falta de compromiso y la escasa autoestima. Por consecuencia casi se paraliza la acción clínica y comunitaria, se rechazan responsabilidades, disminuye la calidad y dignidad del trabajo, y los pacientes y las comunidades no reciben los servicios sanitarios que precisan.

Es objetivo general del proyecto lograr que los médicos clínicos líderes y/o tutores (preceptores) que trabajan en las Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF, los centros de salud donde se aplica la ESF) rompan el círculo vicioso que lleva a la dejación de responsabilidades, la falta de compromiso con pacientes y comunidades y al trabajo sanitario en condiciones de baja calidad especialmente en los entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano.

---

<sup>44</sup> [Hart JT. The Inverse Care Law. Lancet. 1971; i:405-12.](#)

Son objetivos operativos:

1/ Analizar la práctica clínica diaria local, para identificar a/ aciertos, b/ errores, y c/ carencias en la aplicación de la Estrategia de Salud de Familia tanto respecto a profesionales como a las Unidades Básicas de Salud de Familia; dichos profesionales y sus Unidades Básicas de Salud de Familia pueden actuar de ejemplo, en un trabajo de competencia referencial (*benchmarking*).

2/ Demostrar cómo utilizar la práctica clínica diaria para identificar y responder a las necesidades docentes que facilitan resolver los problemas de pacientes y comunidades, con adecuación de la docencia a las necesidades locales.

3/ Fomentar el cumplimiento de los objetivos de la ESF (evitar, tratar y ayudar respecto a la enfermedad, y prestar servicios que ayuden a morir con dignidad) especialmente a través de la práctica de prevención cuaternaria (evitar los daños que provoca la actividad sanitaria, sobre todo a través del rechazo a la actividad innecesaria) y de la integración en red con otros recursos.

4/ Promover los mejores valores clínicos, en torno al uso y distribución de los tiempos laborales, al control de la incertidumbre, al trato y trabajo digno y al seguimiento de los errores clínicos y comunitarios y

5/ Elaborar unas recomendaciones prácticas generales en que se recoge lo esencial del proyecto, con la pretensión de su difusión para fomentar la práctica de una actividad clínica y comunitaria de calidad especialmente en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano.

Es importante destacar que este Proyecto:

1. Tiene por pregunta de investigación, “¿es posible mejorar el desarrollo en la práctica de la Estrategia de Salud de Familia en Brasil?” En caso de respuesta positiva, “¿cómo?”.
2. Está orientado a la acción, desde la identificación de problemas a la propuesta de soluciones. Además, combina la investigación con la enseñanza.
3. Es eminentemente clínico y de organización de servicios, con énfasis en la salud de la población, y está orientado a la mejora del trabajo de los profesionales de Atención Primaria en Brasil. El foco es, pues, el trabajo de los profesionales, la interacción entre ellos, y con los pacientes y con la población. Se observó, pues, el trabajo de médicos, farmacéuticos, psicólogos, odontólogos, enfermeros, técnicos auxiliares, recepcionistas, administrativos, nutricionistas, trabajadores sociales,

- gestores, agentes comunitarios de salud y otros, según oportunidad.
4. Tiene por hipótesis principal “la Estrategia de Salud de Familia en Brasil es adecuada a las necesidades sanitarias de la población brasileña, pero la falta de medios y de organización puede generar el incumplimiento de sus fines y un círculo negativo de mala calidad en el trabajo clínico y comunitario”.
  5. Tiene dos hipótesis secundarias a/ “es posible transformar el círculo vicioso de mala calidad en un círculo virtuoso de buena calidad, en el trabajo clínico y comunitario” y b/ “los hallazgos en los entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano y con profesionales líderes y/o tutores sirven de indicador de las mayores dificultades y de las mejores respuestas en la aplicación de la Estrategia de Salud de Familia”.
  6. Es un trabajo empírico y teórico. Empírico, de observación y participación directa en el trabajo en Unidades Básicas de Salud de Familia (centros de salud) en el territorio nacional brasileño, y de enseñanza personalizada a los profesionales observados. Teórico, de extrapolación de los hallazgos empíricos para hacer recomendaciones aplicables a todo Brasil.
  7. Es un trabajo cualitativo, tanto sanitario como sociológico y antropológico.
  8. Se centra en la observación de la aplicación de la Estrategia de Salud de Familia en entornos y poblaciones con bajo Índice de Desarrollo Humano y en Unidades Básicas de Salud de Familia docentes urbanas y peri-urbanas. Y
  9. Aspira a que sus conclusiones sean pertinentes para la mejora en todas las condiciones de trabajo en la Estrategia de Salud de Familia en Brasil.

## **MATERIAL Y MÉTODOS: SÍNTESIS**

Este Proyecto se inició en Rio de Janeiro (Brasil), durante un encuentro informal de los firmantes con Gustavo Gusso, Presidente de la la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Asistimos los tres al V Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud (del 24 al 26 de marzo de 2010), que uno de nosotros (JG) inauguró con una conferencia sobre “inteligencia sanitaria”<sup>45</sup>. En el debate surgió la cuestión de la difusión de ideas y del cumplimiento de los fines del sistema sanitaria, y los firmantes se comprometieron a elaborar un proyecto en torno a esas cuestiones, para su aplicación en Brasil. La iniciativa, pues, partió del Presidente de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SBMFC), que logró financiación del Ministerio de Salud Federal para el Proyecto elaborado por los dos firmantes.

La SBMFC organizó la visita, el alojamiento y el transporte.

Así pues, el Proyecto comenzó en marzo de 2010, con la revisión a lo largo de un año de la teoría y de las publicaciones sobre la aplicación de la Estrategia de Salud de Familia (ESF) en Brasil. El trabajo de campo se llevó a cabo en abril, mayo y junio de 2011, en dos fases, cada una de un mes y un día. Se hizo un listado de recomendaciones provisionales a mitad del estudio, en mayo de 2011.

El Informe final se elaboró en julio y agosto de 2011. El trabajo no acabará hasta febrero de 2012, para atender a cuestiones, sugerencias y comentarios que faciliten la interpretación y aplicación de las recomendaciones [a [igervasc@meditex.es](mailto:igervasc@meditex.es) y a [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com) ].

El trabajo de campo supuso la visita de 70 centros de salud, generalmente Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF) [con médico de familia y equipo de Atención Primaria], [seis de ellas, además con Unidades Básicas de Salud (UBS), del modelo antiguo con acceso directo a pediatra, ginecólogo y clínico general, y otras cinco con Unidad de Pronto Atendimento], durante una media de siete horas por Unidad. Del total,

---

<sup>45</sup> Gérvas J. Inteligencia sanitaria y atención primaria. Conferencia inaugural, V Seminario Internacional de Atención Primaria de Salud. Río de Janeiro, Brasil, 24-26 marzo 2010. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/04/inteligencia-sanitaria-y-atencion-primaria-brasil-2010.pdf>

11 centros fueron no docentes; y 10 rurales.

Además, se visitaron unidades especiales, como NASF (Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia), Equipo de Área de Combate del Dengue, PACS (Programa de Agentes Comunitarios de Salud) y Unidad de Salud Mental<sup>46</sup>.

En total entrevistamos a 506 profesionales de distintos ámbitos y categorías, y asistimos y participamos en 150 encuentros directos de profesionales con pacientes-grupos-comunidades.

La elección de las Unidades fue a criterio de los coordinadores de la SBMFC en cada Estado, con la norma de ser docente y/o tener profesionales líderes, y de situarse en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano.

Se realizaron 22 desplazamientos (tres en autobús, uno en el automóvil del organizador local, y el resto en avión de línea regular) entre Estados, en dos circuitos con inicio y final en Sao Paulo y un total de más de 25.000 km (los 16.000 km entre Madrid y Sao Paulo aparte).

Se visitaron 32 poblaciones, incluidas las capitales de los Estados. Los desplazamientos para el trabajo de campo, se realizaron habitualmente en automóvil de los médicos o gestores de cada UBSF, o de los coordinadores; en un caso en barco, de Salvador a Vera Cruz, en el Estado de Bahía, y en otro en taxi-avión, de Fortaleza a Sobral, en el Estado de Ceará.

Se tomaron anotaciones de campo en más de 1.500 páginas manuscritas, además de 12.000 fotografías de las Unidades, de su personal, de sus actividades y de su entorno.

Se dieron 32 conferencias (*palestras*), talleres y seminarios, la mayoría en las distintas universidades, y se celebraron dos cenas-seminarios (Rio de Janeiro y Goiânia), con políticos, gestores y médicos con práctica clínica, además de tener encuentros con cuatro Secretarías de Salud Municipales y una Estatal. También se entrevistó en profundidad a los organizadores de las 19 visitas (responsables locales/nacionales de la SBMFC, y sus afiliadas estatales).

Además, se visitó Telessaúde en Manaus, y en la misma ciudad el Consejo Regional de Medicina-Amazonia. En Salvador (Bahia) se visitó la Fundación Estatal de Salud de Familia, y en Maceió (Alagoas) el Servicio de Medicina de Familia de CASSI (plan de salud para los trabajadores y sus familiares del Banco de Brasil). Se realizaron otras

---

<sup>46</sup> Estas unidades especiales tienen composición y nombres variables. Son los Equipos de Control de Endemias, con Agentes de Control de Endemias, semejantes a los ACS. Por otro lado, los PACS son los predecesores de los centros de salud, y cuentan con una enfermera y seis ACS, habitualmente.

actividades, como contactos a título personal con médicos en práctica privada, con sindicalistas, con empresarios y con funerarias.

Se contrastó el trabajo, la interpretación de los resultados y las recomendaciones con el conjunto de los profesionales “observados” (y otros profesionales) que asistieron al 11º Congreso de la SBMFC, en Brasilia, en junio de 2011 (en una “oficina” convocada a tal efecto). Además, muchos de los hallazgos se fueron exponiendo en la lista electrónica de la SBMFC, lo que generó intensos debates que ayudaron a poner en claro cuestiones varias.

## **MATERIAL Y MÉTODOS: ITINERARIO, COORDINADORES Y CENTROS DE SALUD VISITADOS**

12 de abril. Curitiba. Organizador local: Marcelo García Kolling.

13 de abril. Curitiba. Visitas a Vila Verde y Taiz Viviane Machado.

14 de abril. São Joao dos Pinhais. Visita a Riacho Doce, y Cristal.

15 de abril. Curitiba. Visita a Monteiro Lobato y Erico Verissimo.

17 de abril. Porto Alegre. Organizador local: José Mauro C. Lopes.

18 de abril. Porto Alegre. Visitas a Nossa Senhora Aparecida y Ernesto Araújo.

19 de abril. Florianópolis. Organizadora local: Marcela Dohms. Visitas a Praínha y Saco Grande.

20 de abril. Florianópolis. Visitas a Ingleses y Corrégo Grande.

24 de abril. São Paulo. Organizadora local: Fernanda Plessmann de Carvalho.

25 de abril. São Paulo. Visitas a Jardim Sao Jorge y Mata Viagem.

26 de abril. Rio de Janeiro. Organizadores locales: José Carlos Prado Junior y André Luís Andrade Justino. Visita a María do Socorro.

27 de abril. Rio de Janeiro. Visitas a Hans Dohman (Praia de Brisa) y Felipe Cardoso.

27 de abril. Vitoria. Coordinador local: Marcelo Dala Benardina Dalla.

28 de abril. Villa Vella. Visita a Deomar Bittencourt.

28 de abril. Belo Horizonte. Organizador local: Daniel Knupp Augusto.

29 de abril. Belo Horizonte. Visitas a Santos Anjos, Floramar y Lajedo.

1 de mayo. Goiânia. Organizador local: Sandro Rodrigues Batista.

2 de mayo. Goiânia. Visitas a Jardim Guanabara I y Jardim Guanabara III.

3 de mayo. Goiânia. Visitas a Vera Cruz II y Grajaú.

4 de mayo. Goiânia. Visitas a Santo Hilário y Parque Atheneu.

5 de mayo. Goiânia. Visitas a Vila Mutirão y Novo Planalto.

6 de mayo. Goiânia. Visitas Leste Universitario y Aruanã III.

7 de mayo. Manaus. Coordinador local: Ricardo Amaral Filho.

9 de mayo. Manaus. Visitas a Silas Campos, 17 y 42.

10 de mayo. Manaus. Visita a Telessaúde.

10 de mayo. Belem. Organizador local: Yuji Ikuta.

11 de mayo. Ananindeua. Visitas a Sao Judas Tadeus, Pirajá y Aguas Lindas.

30 de mayo. Salvador. Organizador local: Leandro Barretto.

31 de mayo. Vera Cruz. Visitas a Jiribatuba y Gameleira.

1 de junio. Salvador. Visitas a Vida Plena y Gamboa.

2 de junio. Aracajú. Coordinador local: Rubens Araújo de Carvalho.

3 de junio. Aracajú. Visitas a Joao Becerra y Manuel de Sousa Pereira.

6 de junio. Aracajú. Visitas a José Machado de Souza y Santa Terezina.

6 de junio. Maceió. Organizador local: Danyel Álvés.

7 de junio. Maceió. Visita a CASSI.

8 de junio. Maceió. Visita a Robson Cavalcante de Melo.

8 de junio. Recife. Organizadora local: Verónica Cisneiros.

9 de junio. Recife. Visitas a Alto do Pascoal y Parque dos Milagres.

10 de junio. Recife. Visitas a Cidade Operária y Córrego da Bica.

13 de junio. Camaragipe. Visitas a Araçá y Paulo Afonso.

13 de junio. João Pessoa. Coordinador: Felipe Proenço de Oliveira.

14 de junio. João Pessoa. Visitas a Mudança da Vida y Cidade Verde.

15 de junio. João Pessoa. Visitas a Nova Esperança y Gramame y PACS Colinas II.

15 de junio. Natal. Coordinador local: Thiago Trindade.

16 de junio. Natal. Visitas a Planicies das Mangueiras y Soledade 1.

17 de junio. Macaibá. Visitas a Lagoa do Sitio y Cana Brava.

19 de junio. Fortaleza. Coordinador: Emilio Rossetti.

20 de junio. Sobral. Coordinador local: Oliven Silva Queiroz. Visitas a Herbert de Sousa y Everton Mont'alverne.

21 de junio. Fortaleza. Visitas a Frei Tito (Praia do Futuro) y Lineu Juca (Barra do Ceará).

26 de junio. Teresina. Coordinadora: Ana Medeiros.

27 de junio. Teresina. Visitas a Adelino Matos y Teresa Melo Costa.

27 de junio. São Luís. Coordinadora: Walquíria Soares.

28 de junio. São José de Ribamar. Visita a Panaquatira. São Luís. Visita a Gapara.

## **MATERIAL Y MÉTODOS: LA VISITA A LOS CENTROS**

La visita al centro de salud fue larga y pormenorizada. Habitualmente desde las siete de la mañana a las cinco de la tarde (pero con flexibilidad, según situación). Cada uno de los firmantes solía visitar por separado un centro de salud por día.

En general, los firmantes se expresaron en español, y los visitados en portugués.

La visita suele empezar con una entrevista de aproximadamente hora y media al gestor-responsable-director, junto a algunos profesionales como médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares y ACS, según disponibilidad (y alumnos, residentes y gestores municipales, si quieren asistir). En esta reunión se revisa la plantilla preparada al efecto, pero más como un guión general que como una lista de comprobación. Sobre todo, se presentan casos clínicos para que se consideraran situaciones reales, a resolver en ese mismo día de la visita, y para conocer la respuesta de los profesionales y los circuitos de atención en la práctica (en el propio centro de salud, y en otros lugares, si hubiera que derivar-*encaminar* al paciente considerado).

Entre los casos clínicos se consideraron, según oportunidad:

1. Mujer sana de 35 años que ha cambiado de domicilio recientemente y acude al centro de salud a las 11,30 de la mañana para recibir información acerca del funcionamiento, oferta de servicios, horarios y sobre cómo hacerse una citología (Papanicolau) y colocarse un DIU.
2. Varón de 38 años, con dolor de espalda después de un esfuerzo brusco. Acude sin cita (demanda espontánea) a las 15,30.
3. Varón de 68 años recluido (*acamado*) en su domicilio, ya conocido y seguido por insuficiencia cardíaca. Acude su esposa al centro de salud a las siete de la mañana, pues ayer le dieron el alta del hospital y le aconsejaron que le visitara el médico de familia.
4. Mujer de 14 años que acude sin cita (demanda espontánea) la quinta feria, a las 13,30 para recibir consejo sobre planificación familiar y sobre sexualidad, pues cree que ese fin de semana tendrá relaciones sexuales plenas por primera vez en

su vida, con su novio-*enamorado*.

5. Varón de 50 años, diabético, que está citado (consulta programada) y en la sala de espera tiene un cuadro de dolor agudo precordial que sugiere un infarto de miocardio, que casi de inmediato acaba en parada cardíaca.
6. Mujer de 75 años, diabética e hipertensa, con EPOC, fumadora, analfabeta, en situación social de gran pobreza y vivienda sin servicios básicos, defectuosa higiene, con pie diabético y úlcera crónica de evolución tórpida que requiere ser desbridada.
7. Mujer de 28 años con síntomas de cistitis que acude sin cita (demanda espontánea) a las siete de la mañana.
8. Varón de 45 años, al que se le acaba de clavar en el ojo una viruta de hierro (cuerpo extraño metálico en córnea, *farpa*).
9. Varón de 54 años, con cefalea, de reciente aparición, al despertarse, gran bebedor. Acude sin cita (demanda espontánea) al abrir el centro. Es muy conocido en el barrio (y por los ACS) por sus borracheras.
10. Mujer de 70 años, terminal, con cáncer de páncreas que decide morir en casa. Su familia (esposo y una hija de 50 años que vive al lado) le apoyan. Su marido acude al centro de salud para saber cómo se puede organizar la atención.
11. Varón de 80 años que muere en su casa, un domingo a las nueve de la mañana. Se esperaba su muerte, por situación final de una demencia por enfermedad de Parkinson. La familia no sabe cómo lograr el certificado de defunción (*óbito*).
12. Mujer de 32 años, con diarrea y vómitos persistentes toda la noche. Su esposo acude al centro de salud a las siete de la mañana para que vayan a verla a su casa.
13. Varón de 14 años, con asma mal controlado. Acude a las consultas irregularmente, por pertenecer a una familia monoparental (la madre dejó al padre, con tres hijos).
14. Varón de 5 años, con herida incisa por caída. Su madre no sabe qué hacer. Acude al centro de salud, donde se aprecia que precisa sutura.
15. Mujer de 18 años, soltera, estudiante, vive con sus padres. Acude para el diagnóstico de embarazo. Pide ayuda para abortar (sabe que hay medicamentos que se venden en la calle, pero quiere conocer acerca de sus peligros).
16. Mujer de 60 años con dolor molar intenso de reciente aparición. Con defectuosa higiene bucal. No querría perder las pocas piezas que le quedan. Acude a

demanda, sin cita, por el dolor.

17. Varón de 33 años, esquizofrénico. Cumple mal el tratamiento, es violento y drogadicto. Su familia coopera con el sistema sanitario, pero la situación se ha vuelto imposible para la convivencia en el domicilio, donde viven sus padres con dos hijas, menores de edad. Tras una noche de violencia extrema, con intervención de la policía, acude el padre al abrir el centro de salud en busca de una solución “que resuelva el problema para siempre”.

Estos casos dan pie, además, a la exposición por los profesionales de situaciones similares reales vividas en el centro de salud, y a consideraciones varias acerca de los problemas en las respuestas que se dieron. Esta reunión es muy docente, pues al tiempo de obtener información se ofrecen soluciones, bien de otros centros de salud en Brasil y de otros países, bien de la bibliografía internacional.

En la reunión se obtiene también información sobre el nivel de formación científica, sanitaria y general de los profesionales (y al tiempo se enseña). En este sentido son campos explorados según oportunidad, el conocimiento acerca de:

1. Los beneficios para la salud de los pacientes del “filtro” por la Atención Primaria para los especialistas y las urgencias (y los perjuicios del “exceso” de especialistas).
2. El concepto de prevención cuaternaria.
3. Las reglas de Ottawa en el uso de radiología para esguinces de tobillo y rodilla (y los daños causados por la radiología).
4. El Índice de Gini para valorar la desigualdad económica.
5. El teorema de Bayes en la decisión clínica y el control de la incertidumbre.
6. La “navaja de Occam” en el proceso diagnóstico.
7. La Ley de Cuidados Inversos y el impacto de los “grandes utilizadores” (que “okupan” los servicios sanitarios).
8. La paradoja de Braess, y su impacto en las derivaciones-*encaminamientos*
9. La salud en Kerala (India).
10. La “paradoja de la salud” (*paradox of health*), de A. Sen.
11. El concepto de “*disease mongering*” (medicalización de la vida).
12. La Morbilidad y Mortalidad Inecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (MIPSE).
13. El debate sobre el profesionalismo y los valores clínicos.

14. La utilidad de la “lista de problemas” en la historia clínica (*prontuario*), en papel o electrónica.
15. Los beneficios de la longitudinalidad.
16. La pauta de vacunación antitetánica que implica sólo un recuerdo a los 65 años.
17. La teta-analgésia para el test del talón (*teste do pezinho*).
18. El uso del glucagón en los comas hipoglucémicos.
19. La duración de la eficacia de los medicamentos que se deben conservar en el frigorífico-*geladeira*, fuera del frigorífico-*geladeira*.
20. La mejor respuesta a situaciones de emergencia como shock anafiláctico en la sala de *curativos*-vacunas, parada cardíaca en la sala de espera, muerte en el centro de salud y catástrofe en la comunicad.
21. La medicación para el aborto voluntario farmacológico.
22. El uso de pegamento (cola) para suturar algunas heridas.
23. Los múltiples usos de la crema de lidocaína (curas de úlceras, anestesia para toma-*coleta* punción venosa, anestesia para extirpar verrugas, etc).
24. La utilidad del imán en caso de virutas metálicas (*farpa*) oculares.
25. El uso de un mechero (*isqueiro*) para resolver hematomas subungueales.
26. La utilidad de la cámara de nebulización (*espazador*), y cómo construirla con una botella de plástico. Y el tratamiento y seguimiento del asma, en general.
27. El tratamiento y seguimiento de la insuficiencia cardíaca (en el consultorio y en el domicilio).
28. Uso y abuso de antibióticos (cistitis, amigdalitis y otras infecciones). Las resistencias bacterianas.
29. La organización de la atención a los pacientes terminales en domicilio.
30. La declaración de la sospecha de efecto adverso (“tarjeta amarilla”).

Si hay oportunidad se plantea, además, una doble cuestión: “qué tres cosas pediría si apareciera un genio que le concediera tres deseos positivos?” y “qué tres cosas eliminaría si apareciera un genio que le concediera tres deseos negativos?”. Con ello se obliga a seleccionar y priorizar problemas y soluciones.

La reunión se sigue de una visita exhaustiva a toda la UBSF, habitación por habitación, indagando su uso y adecuación a los servicios que en ellas se prestan. Incluye el exterior, jardín y demás, si procede.

Posteriormente se comparte el trabajo de algunos profesionales (médicos de familia,

enfermeros, auxiliares, odontólogos, farmacéuticos, trabajadores sociales, técnicos, ACS y otros, según oportunidad), en la UBSF o en domicilios de pacientes. Muy frecuentemente ese compartir incluye un paseo a pie por la comunidad.

De todo ello se toman notas y fotografías.

La visita suele terminar con una reunión general en que se analizan y debaten los hallazgos positivos y negativos (de estos se promete el anonimato, de aquellos se solicita permiso para su divulgación con nombres y localización). Esta reunión general suele ser “docente” pues se difunden conocimientos. Se anima a la asistencia a la misma tanto a los profesionales como al personal de la Secretaría (muchas veces participa en la visita, a tiempo parcial o completo), a estudiantes, a residentes, a pacientes y a líderes de la comunidad.

El almuerzo se comparte con los organizadores y/o funcionarios-responsables, y en algunos casos se almorzó en la propia UBSF.

## **MATERIAL Y MÉTODOS: LA PLANTILLA DE OBSERVACIÓN**

Desarrollamos una plantilla de observación que enviamos con antelación a los coordinadores locales, para su distribución a los centros a visitar. La plantilla expresa un “ideal” acerca de la dotación material de un centro de salud, y nunca se empleó como lista de comprobación (*chequeo*) sino como ayuda en la entrevista general y en la visita.

### **EL LUGAR Y LAS PERSONAS ELEGIDAS PARA LA OBSERVACIÓN:**

Razones para la selección del lugar:

Razones para la selección de las personas:

Explicación acerca de la geografía e historia de la comunidad, del centro, de la organización y de la cultura del lugar y de los profesionales:

#### *Estructura general material, población y personal:*

##### El edificio y su contenido

Materiales de construcción

Ventanas/luz natural

Suelos/calidad

Calefacción y refrigeración

Cuartos de baño/sanitarios (pacientes/funcionarios)

Lavabos manos (jabón, secador/papel, situación)

Frigoríficos/*geladeiras* (termómetro, lista de duración de los medicamentos/vacunas sin refrigeración)

Mobiliario (sala de espera, recepción, consultorios, salas de curativos, esterilización, vacunas y tomas de muestras, odontología, farmacia, salas de reunión, copa, otras)

Archivos de prontuarios, almacenes de materiales

Biblioteca (dotación libros y revistas, acceso a redes y fuentes electrónicas)

Medios audiovisuales para docencia

Carteles en paredes, “humanización” (fotos, flores, plantas, colores, y demás)

Papeleras/basura/*lixo*

Extintores y señales de evacuación incendios

Limpieza general, suelos, cristales, luminosidad

Informática, prontuario electrónico, conexiones para encaminamiento/derivación y pruebas diagnósticas

Teléfonos/comunicaciones/Internet/Telessaúde y Telemedicina

Medicamentos y materiales: maletín de urgencias/domicilios y carro de paradas (ácido acetilsalicílico, adrenalina, anestésico local inyectable, antibióticos, atropina, beclometasona aerosol, captopril, colirio anestésico, corticoides, crema anestésica, diazepam, diclofenaco, dopamina, fenitoína, furosemida, glucagón, insulina rápida, morfina, nitroglicerina, oxígeno, naloxona, salbutamol aerosol, sueros, cámara/espazador, desfibrilador, espejos, tiras fenoltaleína, pulsioxímetro, espéculos, férulas, mechero-*isqueiro*, imán, laringoscopio, lupa/lámpara, mascarillas, material quirúrgico, material de sutura, material para parto, peak-flow, reloj, sondas -uretrales y otras-, tubos de Guedel)

Batas/*chalecos*, guantes/*chuvvas*, sabanillas/*lençóis*, jeringuillas (desechable, no desechable)

Salas de tomas de muestras-*coleta* (sangre, citología y demás)

Audiómetro, balanza, cámara digital (retina), cepillo/*escoba* quirúrgico, diapasones, dinamómetro, Doppler, fonendo/estetoscopio (adultos y niños), ecógrafo, electrocardiógrafo, esfingomanómetro (adultos, niños, obesos), espirómetro, lámpara de hendidura, microscopio, monofilamento, negatoscopio, neurotensiómetro, pegamento (*Superbond*), oftalmoscopio, otoscopio, pesabebés, podoscopio, optotipos (niños, adultos), radiología, talla (niños, adultos), tonómetro ocular

Laboratorio, pruebas diagnósticas rápidas (tiras de orina, glucosímetro, medición del INR, otras)

Esterilización de material

Farmacia (tipos de medicamentos, antibióticos, psicofármacos, código de barras de control y cooperación con la clínica, material contracepción tipo DIU, bupropion, parches de nicotina, declaración de efectos adversos, problemas relacionados con medicamentos, dispensación a privados y especialistas, registros, y demás)

Material y equipamiento dental

Sala de nebulizaciones; muletas, prótesis auditivas y otros, sillas de rueda

Consultorios/puestos periféricos rurales

Otros

## Personal

Médicos, de familia y otras especialidades

Odontólogos

Enfermeras

Auxiliares y técnicos

Agentes comunitarios de salud (ACS)

Recepcionistas

Administrativos

Limpieza

De apoyo

Otros

Formas de pago/incentivos

Formas de contratación y entidad contratadora

Vacaciones y licencia *premium*

Bajas laborales (*licencias médicas*) y ausencias/permisos

Rotación (permanencia en el mismo puesto de trabajo y centro-UBSF, traslados y demás),  
longitudinalidad (identificación y compromiso con los pacientes y la comunidad)

## Población

Distribución por edad, sexo y clase social

Pacientes (con prontuario/historia clínica)

Grandes utilizadores (de consultas y pruebas)

No utilizadores (en general, de test Papanicolau y otros)

Pacientes incumplidores de citas %

Enfermos singulares (*acamados/recluidos* en el domicilio, analfabetos, psicóticos, con enfermedades neurológicas degenerativas, ciegos, sordos, víctimas de violencia, drogadictos, “compartidos”, con minusvalías físicas de desplazamiento, presos/*apenados*, con úlceras crónicas y otros)

Mortalidad por grupos de edad, sexo y clase social

## Servicios complementarios

Hospital de referencia/especialidades/ingresos y altas

Medicinas integrativas y suplementarias (homeopatía, acupuntura, antroposofía, reflexología, masaje corporal, fitoterapia, ejercicios chinos y demás)

Urgencias/pronto atendimento

Ambulancias

Centros de referencia (salud dental, salud mental, otros)

Servicios comunitarios, apoyo limpieza y comida a domicilio

Núcleo de Apoyo a la Atención Primaria, relaciones, uso, acceso

Apoyo al cuidador de *acamados/recluidos* y dependientes

Ayuntamiento/Municipalidad

Consejos de Salud

Comedores

Recursos privados

Otros

*Funciones, actividades y proceso de atención*

Accesibilidad

Horarios de trabajo y de recepción de pacientes

Relación de servicios ofertados

Curriculo de los profesionales

Asignación/elección de profesional

Atención fuera de horario (nocturno, festivos)

Barreras culturales (idiomas y demás)

Barreras administrativas

Barreras físicas y geográficas (transporte, distancias)

Barreras económicas

Barreras a minusválidos (ciegos, sordos, etc)

Flexibilidad (atención sin cita)

Transeúntes y “fuera de área”

Sistema de cita para consulta *demanda/agendada* con los profesionales en el centro-UBSF, pruebas diagnósticas y especialistas (*marcación*), limitaciones a la solicitud de pruebas diagnósticas, cupos por médico/UBSF, externalización, flujo de los pacientes

Tiempos en las *filas/colas* en recepción y en la sala de espera

Tiempos en citas externas (derivación diagnóstica y terapéutica), circuitos rápidos (cáncer y demás)

Visitas a domicilio (programadas, demanda, urgentes)

Otros

Encuentros profesional-paciente-comunidad (centro de salud y domicilios, y otros lugares)

Ambiente

Cortesía

Identificación de la razón de consulta

Registro y variabilidad de los problemas atendidos (biológicos, psicológicos, sociales, minusvalías y demás; lista de problemas)

Concatenación con sucesos previos (dentro y fuera del centro de salud)

Seguimiento por el mismo profesional (coordinación en otro caso)

Integración en problemas de la familia y comunidad

Tiempos (hablar, parcial, total)

Tolerancia (presencia de familiares y demás)

Interrupciones (teléfono y personales, tranca, y demás)

Explicación/síntesis al paciente

Exploración (cabeza, tórax, abdomen, pelvis, orificios, extremidades), uso del biombo y tranca

Cirugía menor (abcesos, biopsias, verrugas, lipomas, desbridamiento de úlceras y demás), suturas de heridas, limpieza de cera de oídos, crioterapia, inyecciones, inmovilización, infiltraciones, terapia psicológica breve, postectomía/circuncisión/fimosis, vasectomía, endoscopia, uso directo de ecografía y electrocardiografía, citología, otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos

Pautas preventivas según oportunidad

Recomendaciones (diagnósticas, terapéuticas, seguimiento)

Decisiones no clínicas (servicios sociales, Ayuntamiento/Municipio)

Seguridad del paciente (previsión efectos adversos)

Prevención cuaternaria

Control de tiempos y de incertidumbre

Consultas sagradas

Polivalencia

Lavado de manos

Burocracia, papeles y registros

Uso de prontuario/historia clínica, lista de problemas, coordinación de prescripciones de especialistas

Trabajo con grupos (planificación familiar, embarazadas, rehabilitación, ancianos, tabaquismo, alcoholismo y otros)

Trabajo con pacientes singulares (psicóticos, delincuentes, presos-*apenados*, vagabundos en la calle, otros)

Otros

#### El equipo, dentro y fuera del centro de salud

Reuniones del equipo, de la UBSF, de la “oficina”

Consultas por programas verticales, organización y responsabilidades (salud de la mujer, del niño y demás), calendario de vacunaciones/uso de vacunas ocasionales(rabia y otras)

Atribución de funciones y actividades, delegación apropiada, equipo funcional

Interacción entre profesionales (estamento propio y ajeno)

Liderazgo de la dirección/gestión/autoridad, autonomía de gasto, funciones y rendición de cuenta

Competencia referencial/*benchmarking*

Presencia en la comunidad/consejos de salud (contacto con asociaciones y demás), violencia, drogas, *lixo*-basuras, pobreza-desigualdad social, morbilidad-mortalidad innecesariamente evitable y sanitariamente evitable (MIPSE)

Cooperación clínica (en la práctica) entre hospital/especialistas y médicos de familia, seguimiento de los pacientes

Trabajo en las escuelas

Relaciones con la prensa general y profesional, en situaciones habituales y en desastres (muertes, errores y demás)

Otros

#### Circuitos, normas y relaciones

Sistema de información (datos, transmisión, utilización, *feed-back*), empleo clínico y en gestión

Receta de estupefacientes, receta de psicofármacos, otras recetas, limitaciones/prohibiciones de prescribir medicamentos

Circuito para muestras, limitaciones/cupos diarios, códigos de barra (sangre, exudados, uretrales, heces, citologías, biopsias), prueba del Mantoux (PPD)

Normas para limpieza, esterilización (instrumentos, batas/*chalecos*, etc.)

Guías y protocolos (tema, origen, seguimiento, actualización, capacidad de crítica y demás), burocracia, medicamentos y pruebas

Normas preventivas implantadas y en seguimiento (calendario vacunal, hipertensión, diabetes, niño sano, embarazo, prevención cardiovascular, prevención del cáncer y

demás)

Formación continuada interna y externa (exigencia, acreditación, valoración de la literatura, pago/reconocimiento a tutores/preceptores, estudiantes/residentes, etc), docencia en centros de salud no docentes, autorización para grabar consultas como método docente

Actualización permanente en emergencias (reanimación cardiopulmonar y demás)

Seguimiento y contacto con pacientes hospitalizados

Respuesta antes urgencias y catástrofes (planes de contingencia, ensayos y demás), emergencias en la propia UBSF (shock anafiláctico, parada cardíaca, crisis de asma, muerte brusca y demás)

Registro y seguimiento de dosis radiológicas, uso de las reglas de Ottawa

Atención a domicilio de crónicos/acamados y terminales, duplicación de redes

Certificación de la muerte (atestado do óbito), y de lesiones y enfermedades (licencia médica)

Servicio de mantenimiento del edificio

Servicio de limpieza e higiene (agua, residuos, medicamentos caducados y demás)

Relaciones con otras UBSF, UBS, SAMU y Pronto atendimento

Relaciones con hospitales y otros centros sanitarios

Relaciones con la industria farmacéutica y otras

Relaciones con la dirección clínica y política

Relaciones con salud pública

Relaciones con las autoridades (Ayuntamiento/Municipalidad, jueces, policías y demás)

Docencia en la UBSF y relaciones con instituciones docentes; escuelas y universidades (estudiantes y residentes)

Transparencia en el equipo, con la comunidad y con la sociedad

Corrupción (abuso de tiempos, desaparición de de materiales y demás)

Política de no discriminación

Promoción de la bioética y de los valores clínicos

Política de primer contacto y de lista de pacientes, el papel de filtro de la Atención

Primaria, los especialistas como consultores

### Resultados en salud

Embarazos no deseados y abortos voluntarios

Suicidios (intentos y consumados)

Muertes por cáncer de pulmón en fumadores  
Ingresos y muertes por efectos adversos de medicamentos (alergias, hiperkalemia, etc)  
Consultas a urgencias e ingresos por insuficiencia cardíaca  
Urgencias y muertes por asma, en el centro de salud y en el hospital  
Mortalidad por neumonías, según edad y clase social  
Retraso diagnóstico en tuberculosis pulmonar y no pulmonar  
Nuevos casos de tuberculosis en contactos  
Mortalidad por tuberculosis  
Ingresos y muertes por deshidratación  
Mortalidad materna  
Mortalidad neonatal e infantil  
Amputaciones, insuficiencias renales y ceguerras en diabéticos  
Resistencias bacterianas  
Muertes con dolor incoercible  
Muertes por enfermedad vacunable (tétanos y demás)  
SIDA congénito  
Muertes por dengue  
Muertes por leptopirosis  
Otros

## **MATERIAL Y MÉTODOS: OTRAS ACTIVIDADES**

En el curso del desarrollo del Proyecto se mantuvo siempre una actitud activa de obtención de información y de docencia. Por ello se entrevistó informalmente, por ejemplo, a médicos de familia en práctica privada, a sindicalistas y a empresarios. E incluso a personal de dos funerarias, para conocer en la práctica los problemas de la certificación de la muerte (*óbito*) y la inhumación.

A título personal se entrevistó en profundidad a los 19 organizadores de las visitas Estatales. También a algunos miembros de Secretarías Municipales y Estatales, y a profesores universitarios varios.

En lo más institucional se mantuvieron entrevistas y charlas con el personal de nueve Secretarías Municipales (Curitiba, São Joao dos Pinhais, Rio de Janeiro, Goiânia, Aracajú, Macaibá, São José de Ribamar, Teresina y São Luís) y una Estatal (Alagoas).

Además, se visitó Telessaúde en Manaus (con una presentación general de su aplicación, y un caso práctico en vivo), y en la misma ciudad visita y entrevista en el Consejo Regional de Medicina-Amazonia. En Salvador (Bahia) se visitó la Fundación Estatal de Salud de Familia.

Se dieron un total de 32 conferencias (*palestras*), talleres y seminarios, además de las dos cenas-seminarios con responsables, políticos y profesionales sanitarios (en Rio de Janeiro y Goiânia). En general, las conferencias (*palestras*) tuvieron una duración media de dos horas, incluyendo el debate, pero hubo gran variabilidad. Las preguntas de los asistentes sirvieron en muchos casos para establecer un diálogo que incrementó el conocimiento de la realidad brasileña de todos los presentes.

Las fechas, lugares y temas (y si hubo grabación) fueron:

15 de abril. Curitiba. Incentivos y motivación en el sistema sanitario (vídeo).

16 de abril. Curitiba. Mejoras en la práctica clínica diaria.

18 de abril. Porto Alegre. Reivindicación de la actividad clínica en Atención Primaria (vídeo).

19 de abril. Florianópolis. Problemas y soluciones respecto al acceso a la Atención Primaria (vídeo).

20 de abril. Florianópolis. El futuro de la Atención Primaria: docencia pregrado y práctica clínica (vídeo).

27 de abril. Rio de Janeiro. Coordinación sanitaria: el papel de la Atención Primaria (vídeo).

29 de abril. Belo Horizonte. La función de filtro y la Atención Primaria fuerte.

29 de abril. Belo Horizonte. Buen gobierno clínico.

30 de abril. Belo Horizonte. Organización y práctica de la atención a domicilio.

3 de mayo. Goiânia. Cómo construir una Atención Primaria fuerte en Brasil (vídeo).

4 de mayo. Goiânia. Salud, enfermedad y muerte en ancianos-*idosos* (vídeo).

6 de mayo. Goiânia. Aciertos y errores en la aplicación de la ESF (vídeo).

11 de mayo. Belem. El sistema sanitario y la sociedad en Brasil y en el mundo (vídeo).

31 de mayo. Salvador. La organización de servicios sanitarios en los países desarrollados.

2 de junio. Salvador. Calidad en la prestación de servicios en Atención Primaria (vídeo).

3 de junio. Aracajú. Estructura y función de la Atención Primaria (vídeo).

7 de junio. Maceió. La ESF y la salud de los brasileños.

9 de junio. Recife. Brasil, entre los EEUU y Canadá, respecto a un sistema sanitario público.

14 de junio. João Pessoa. Cómo mejorar la práctica clínica (vídeo).

16 de junio. Natal. Práctica clínica, investigación y docencia en Atención Primaria (vídeo).

17 de junio. Natal. Atención Primaria fuerte en Brasil (vídeo).

20 de junio. Sobral. Ser o no ser en Atención Primaria (vídeo).

21 de junio. Fortaleza. Los problemas de accesibilidad en Atención Primaria en Brasil (video).

23 de junio. Brasilia (11º Congreso SBMFC). Ciencia y limitaciones prácticas en la prevención primaria y secundaria cardiovascular (vídeo).

23 de junio. Brasilia (11º Congreso SBMFC). Manifiesto contra la pornopreención (vídeo).

24 de junio. Brasilia (11º Congreso SBMFC). Ciencia y limitaciones prácticas en el cribado (*screening*) del cáncer de próstata (vídeo).

24 de junio. Brasilia (11º Congreso SBMFC). Es posible lograr un círculo virtuoso de trabajo de calidad clínica y comunitaria en Atención Primaria en Brasil.

25 de junio. Brasilia (11º Congreso SBMFC). ¿Debería ser la prevención el foco de la

Atención Primaria? (vídeo)

25 de junio. Brasília (11º Congreso SBMFC). Ética en la práctica de la Atención Primaria.

25 de junio. Brasília (11º Congreso SBMFC). Menos prevención, de más calidad (vídeo).

27 de junio. Teresina. La potencialidad de la Atención Primaria.

28 de junio. João Pessoa. Política y ESF en Brasil.

En muchos casos obtuvimos información al tiempo que diversión, en almuerzos, cenas y otras actividades fuera de horario con los organizadores y profesionales locales, bien en días laborales bien en los fines de semana y festivos. Hubo 26 de tales actividades, en Curitiba, Porto Alegre, Florianópolis, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Goiânia, Manaus, Belem, Salvador, Recife, Aracajú, Maceió, João Pessoa, Natal, Sobral, Fortaleza, Brasília, y João Pessoa. Permitieron tomar contacto, conversar y obtener información suplementaria de unos 108 profesionales.

Tuvimos el honor de ser recibidos en los domicilios personales de los organizadores locales en Curitiba (Marcelo y Erika), Porto Alegre (José Mauro y Vivianne), Florianópolis (Marcela y Paulo), Vitoria (Marcelo y Adriana), Manaus (Ricardo y Melissa), Aracajú (Rubens) y Natal (Thiago y Dúcia).

Además, por circunstancias varias, también se abrieron hospitalariamente para nosotros las puertas de los domicilios de Gustavo Gusso (en Florianópolis), del grupo Florus (en Angelina, Santa Catarina), de José de Almeida Castro (en Vitoria), de Rosa Brígida Simões Barros (en Goiânia), de Katyana Mylena Silveira Ribeiro Lima (en João Pessoa), de Ricardo de Sousa Soares (en João Pessoa) y de Rodrigo Lima (en Recife).

Tuvimos un intenso contacto con la prensa, especialmente televisión y periódicos<sup>47</sup>. Alguna entrevista tuvo eco nacional, como las realizadas por Flávia Villela, de la Agência Brasil<sup>48</sup>. Indudablemente, las preguntas de los periodistas resultaron ilustrativas para los entrevistados.

---

<sup>47</sup> [http://www.sbmfc.org.br/media/file/pdf/ESPANH%C3%93IS\\_PDF\\_ATUALIZADO.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/pdf/ESPANH%C3%93IS_PDF_ATUALIZADO.pdf)

<sup>48</sup> <http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-04-27/especialistas-espanhois-avaliam-centros-de-saude-da-familia>  
<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2011-05-08/estrategia-saude-da-familia-foi-revolucionaria-mas-parou-no-tempo-avalua-especialista>

## **RESULTADOS: SÍNTESIS DE LOS ASPECTOS POSITIVOS GENERALES**

El trabajo de campo ha permitido comprobar lo obvio: existen y funcionan centros de salud-UBSF en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano en Brasil<sup>49</sup>. La mera existencia de dichos centros de salud y la implantación de la ESF en ese territorio es un éxito de la sociedad brasileña. Es decir, en Brasil existe un acuerdo nacional por el que se reconoce el derecho a la promoción, prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones, y dicho derecho se pretende hacer efectivo con un impresionante esfuerzo público que llega fundamentalmente a entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano.

En áreas pobres, a las que no llega la iniciativa privada legal (no hay, por ejemplo, oficinas bancarias pero sí tráfico de droga) llega el SUS con los centros de salud-UBSF y sus profesionales, que ofrecen servicios básicos gratis en el punto de la atención<sup>50</sup>. En este sentido el sistema sanitario contribuye al Estado de Bienestar, junto a más servicios básicos como escuelas, correos, energía, agua, recogida de basura (*lixo*), policía y otros. Se puede ver al SUS y a los centros de salud-UBSF como una forma de redistribución de la riqueza a la que contribuyen el Gobierno Federal, el Estado y el Municipio, y que asegura la “pertenencia” a una sociedad que se preocupa por las minorías y los marginados, y en general por la salud de la población.

Además, los centros de salud-UBSF cuentan con instalaciones habitualmente dignas y limpias, con luz natural, y tienen una distribución arquitectónica lógica para facilitar la asistencia. Existen espacios diferenciados y bien señalizados para sala de espera y recepción, y despachos para la atención y para la administración; también para el almacenamiento del material y para los desechos y basuras (*lixo*).

Es general la presencia de despachos odontológicos bien dotados para una odontología preventiva, habitualmente amplios y para varios odontólogos (la media, de un equipo

---

<sup>49</sup> Por supuesto, no se deduce que la ESF haya llegado a todas las zonas con bajo Índice de Desarrollo Humano.

<sup>50</sup> La proximidad geográfica a los centros de atención primaria, o a la consulta del médico general, puede superar las barreras socioeconómicas, como demuestra el ejemplo francés: Monnet E, Ramée C, Morello A, et al. Socioeconomic context, distance to primary care and detection of hepatitis C. *Soc Sci Med*. 2008;66:104656.

odontológico por cada dos equipos de Atención Primaria).

También hay farmacia en los centros de salud, con medicamentos básicos (para antidiabéticos, antihipertensivos, analgésicos, antibióticos, estatinas, psicofármacos, salbutamol y otros) que se conservan adecuadamente y se suministran tras la prescripción médica. Los preservativos masculinos son no sólo gratuitos sino de libre disposición e incluso, en ocasiones, de tres tallas. Se dispensan distintos anovulatorios por vía oral e inyectable, y a veces de emergencia, “la píldora del día siguiente”. En algunos centros se dispensan preservativos femeninos, también gratuitos. El personal de algunas farmacias prepara de forma artesanal envases de unidosis para pacientes ancianos, analfabetos y/o polimedicados.

Hay agua corriente y electricidad en todos los centros. Casi sin excepción cuentan con frigoríficos (*geladeiras*) dotadas de termómetro en lo que se refiere a la conservación de la cadena del frío para las vacunas (vacunas de variedad y calidad de país desarrollado). También existen espacios y material para la esterilización del material.

Suelen contar con un lugar de reunión (para los profesionales y para el trabajo en grupo) y es casi universal la existencia de una cocina (*copa*) donde pueden almorzar los profesionales que lo desean (con cocina, fregadero y frigorífico, como mínimo). Existen servicios-*sanitarios* tanto para profesionales como para pacientes. En la mayoría de los casos el centro de salud-UBSF es edificio independiente que tiene jardín, o similar. En muchos casos el jardín está bien conservado, e incluso sirve de fuente de trabajo comunitario, o para una plantación de fitoterapia, o para “redimir penas” a jóvenes delincuentes moradores en la comunidad.

Suele haber una sala para exploraciones ginecológicas y toma de muestras de citología (Papanicolau), y los espéculos o son de un sólo uso o se esterilizan adecuadamente (en general en el propio centro); a veces vienen de un solo uso para “las campañas”, dos veces al año, lo que llaman “acciones programáticas. En algunos centros los médicos de familia colocan DIU, pero esta actividad no es general. Sí es general la presencia de aparatos de Doppler, para el seguimiento del embarazo. Los técnicos cuentan con una sala de “triaje” en la que se toma la tensión, se pesan y se miden los pacientes, antes de la consulta con el médico o enfermera. Suele existir una sala de nebulización, bien dotada y muy utilizada.

Como norma, el trato a los pacientes es cortés y respetuoso. Existen registros individuales de los pacientes (historias clínicas-*prontuarios*) generalmente organizados por familias y

lugar de residencia, y un sistema de información (manual o electrónico) para el registro de la actividad. Se consideran tanto las necesidades sanitarias personales como las de grupos y comunidades. Es frecuente la cooperación con otras instituciones, como escuelas, iglesias y demás. También es frecuente el trabajo con grupos; por ejemplo, ancianos (*idosos*), hipertensos y otros.

Aunque los centros de salud-UBSF se suelen ubicar en zonas pobres, cuando cubren zonas de clase media los programas son utilizados por ésta, aunque preferentemente los de vacunas infantiles y la medicación gratuita.

El calendario vacunal es amplio, se adapta a las situaciones locales, y existen registros adecuados de toda la actividad en torno a las vacunas.

Hay profesionales de todas las categorías (aunque a veces faltan, sobre todo médicos y ACS), agrupados en equipos, y en general impresiona su abundancia (la media en los centros visitados fue de unas 50 personas, con tres equipos que atienden una población de unas 12.000 personas). Son escasas las ausencias por enfermedad/lesiones (*licencias médicas*). Existen diversos profesionales de apoyo (farmacéutico, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta y otros) generalmente agrupados en los NASF (Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia), que visitan los centros de salud-UBSF regularmente.

Los profesionales cuentan con formación académica reglada y conocen los fundamentos teóricos y prácticos para trabajar en el sistema sanitario y en Atención Primaria. En algunos casos los equipos logran ser “funcionales”, y con independencia de la categoría es líder quien tiene condiciones naturales para ello; o limpia los oídos de cera un auxiliar, si lo hace bien (bajo supervisión médica); o extirpa las *Tunga penetrans* un técnico habilidoso.

Las formas de contratación del personal es muy variada; el “ideal”, por la seguridad y privilegios públicos es ser funcionario *sensu stricto* (personal *concurtido*), pero son frecuentes con los médicos los contratos “por obra”, o la *tercerização* de su trabajo, o la interposición de fundaciones de distinta índole que se hacen cargo de la gestión de los centros de salud (a veces en red con instituciones hospitalarias, con o sin afán de lucro). Son profesionales frecuentemente *terceirizados* los de recepción, servicios auxiliares y de vigilancia.

La inmensa mayoría de los profesionales vive su trabajo con dedicación y se esfuerza por ofrecer a los pacientes y a la comunidad lo mejor de sus habilidades y conocimientos. En ocasiones no infrecuentes, los propios profesionales suplen las carencias institucionales

(desde la compra habitual personal del sello-*carimbo* al suministro de jabón y papel, pasando por la compra de cuadernos y bolígrafos-*canetas*, cuando están en falta).

Los pacientes cuentan con una tarjeta de identificación de su derecho a los servicios del SUS, saben cuál es “su” equipo, identifican a sus componentes y conocen los horarios de apertura y cierre, que se cumplen generalmente. Se presta atención en el centro de salud y en domicilio (a donde los ACS llevan medicamentos si es preciso, y donde acuden, además de miembros del equipo, especialistas como psiquiatra, odontólogo y fisioterapeuta). El acceso al centro de salud puede tener rigideces y suele tener también lista de espera para los protocolos y programas, y son raros los profesionales abiertos a la demanda espontánea y con una agenda abierta, pero hay una preocupación nacional por el problema.

Los profesionales suelen llegar y salir con puntualidad (pero hay excepciones sistemáticas, a veces toleradas por las autoridades).

La ESF ha llevado a los centros de salud una orientación generalista en la que los equipos prestan servicios múltiples y los especialistas<sup>51</sup> se ven como un “segundo nivel”. Los médicos de los Equipos ejercen como médicos de familia, por más que son pocos los que cuentan con tal especialidad. Los pacientes pueden ser referidos (*encaminados*) a UPA, especialistas en ambulatorios y hospitales y a pruebas diagnósticas varias, con servicios a veces “concertados”-*terciarizados*. Existen centros, ambulatorios y hospitales que ofrecen servicios de medicinas suplementarias también gratis en el punto del servicio ; en algún caso incluso los especialistas de estas áreas acuden a los centros de salud-UBSF como profesionales de apoyo (agrupados en NAPI, Núcleo de Apoyo a Prácticas *Integrativas*; por ejemplo, acupuntura, homeopatía, fitoterapia, medicina antroposófica, yoga, mesoterapia, aromaterapia y otras).

La dotación para la respuesta a urgencias y emergencias es escasa, pero donde existe mayor capacidad lo suele haber en todos los sentidos (maletín de urgencias bien dotado, y existencia de *espazador* y salbutamol en aerosol y/o desfibrilador).

En respuesta a la presión en morbilidad y mortalidad del dengue se han desarrollado Equipos de Combate de Dengue, cuyo trabajo básico es la formación de la población, con trabajo a domicilio, para evitar que en la comunidad se mantengan focos que faciliten el ciclo vital del mosquito.

---

<sup>51</sup> En este Informe se habla de “especialistas” para médicos que cuentan con una especialidad que no sea la de Medicina de Familia. Por supuesto, la Medicina de Familia es una especialidad médica más, pero su papel es de generalista, y eso es lo que le distingue de otras especialidades.

Aunque no es frecuente la informatización completa de los centros de salud-UBSF, generalmente existen ordenadores-computadores, para la atención clínica y más frecuentemente para la gestión de las derivaciones-*encaminamientos* y solicitud de pruebas diagnósticas (*marcación*). Todos los centros cuentan con conexión telefónica, pero generalmente hay sólo una línea fija y un sólo teléfono. Hay programas de apoyo a distancia, como Telessaúde (SUS, Federal) y Telemedicina (de la Universidad), pero su desarrollo e implantación es muy desigual.

Existen listas de espera para los especialistas y para las pruebas diagnósticas, pero son frecuentes “atajos”, mecanismos varios para facilitar el acceso a pacientes con problemas concretos, como cáncer.

El aborto voluntario es ilegal (hay una Ley de supuestos con alguna excepción, como tras incesto). Sin embargo, la mayoría de los profesionales conocen la venta en la calle de misoprostol y conocen las pautas y vías de administración (no sucede lo mismo con el metrotexate, poco utilizado y poco conocido).

Los salarios son muy variables. Por ejemplo, por 40 horas semanales de ACS, desde los 600 a los 1.200 reales. Para médicos, también por 40 horas, desde 3.550 a 12.000 reales. En general, los sueldos de los médicos suelen ser mayores en la áreas rurales (a veces hasta 15.000 reales).

Existen ejemplos de “ESF en la calle”, y de “ESF en autobuses-*ómnibus*”, para dar cobertura a donde no llegan las UBSF. También hay algún ejemplo de “ESF en la prisión”. Todo ello es excepcional, no la regla. Por contraste, la respuesta a las infecciones está reglada, incluso con el desarrollo de Equipo de Control de Endemias, que trabajan a pie de calle.

Aunque son frecuentes los cambios de responsables políticos en las Secretarías, existen ejemplos del mantenimiento estable de apoyo al desarrollo de la ESF.

Los mayores aciertos de la ESF son, en resumen:

1. Su propia existencia a lo largo de décadas (comenzó en versiones previas al SUS con iniciativas varias, se transformó en centros de salud con ACS, cambió al Programa de Salud de Familia, y devino Estrategia de Salud de Familia en los noventa del siglo XX).
2. El cambio de modelo con profesionales generalistas y equipos de Atención Primaria, conservando los ACS al tiempo que se introdujo el médico de familia. Lamentablemente, persisten las antiguas Unidades Básicas de Salud (UBS) donde

no hay equipos de Atención Primaria y los pacientes tienen acceso directo a los especialistas (habitualmente, internista-*clínico geral*, pediatra y ginecólogo), pero la especialidad de Medicina de Familia está bien implantada y su residencia es de calidad.

3. La inclusión de servicios de farmacia y odontología en las UBSF. Ambos servicios no se suelen encontrar en los centros de salud de otros muchos países. Como el resto de las prestaciones, los servicios odontológicos y los medicamentos son gratuitos en el punto de atención. Incluyen el suministro de preservativos masculinos (en general sin límites) y a veces femenino, y los medicamentos con receta básicos (que también pueden conseguirse gratis, o casi, con el programa Farmacia Popular en las farmacias privadas adheridas al mismo)
4. El compromiso Federal, Estatal y Municipal en su desarrollo. De esta forma, la ESF no es sólo un proyecto federal, sino de todos los niveles políticos. Las decisiones finales son de los políticos del Municipio, lo que tiene las ventajas (y los inconvenientes) de la descentralización.
5. La independencia de la práctica clínica del influjo directo de la industria farmacéutica. Los centros de salud-UBSF carecen de la parafernalia mercantil de propaganda comercial habitual en muchos países del mundo. Los representantes farmacéuticos no son parte del “paisaje” del personal en los centros de salud. Es imposible sustraerse a la influencia de la industria, pero no con el espectáculo a veces obsceno en otros países (invitaciones a congresos, a cenas y demás).
6. La dotación de personal de categorías variadas que trabajan en equipos multiprofesionales. Son profesionales entregados y comprometidos con su trabajo, que muchas veces suplen incluso de su bolsillo las deficiencias de otros niveles. Es un personal abundante y bien formado, por más que a veces falten médicos en los equipos, o que sean escasos los médicos especialistas en Medicina de Familia. Además, en general se cuenta con el apoyo de otros profesionales que acuden a los centros regularmente.
7. La inclusión de medicinas suplementarias. Permiten cubrir campos que raramente se consideran en la práctica sanitaria convencional, por más que convendría la regulación y seguimiento de su actividad (como otras más) para integrarlas en el conjunto de procesos que contribuyen al incremento de la salud de la población.
8. El desarrollo de Telessaúde. Con una implantación muy desigual, permite el apoyo

a distancia a equipos en situaciones de rutina y/o críticas. La difusión es imprescindible en un país de dimensiones continentales.

9. La implantación prioritaria en zonas de bajo Índice de Desarrollo Humano de los centros de salud-UBSF. En ese sentido la ESF es una opción que tiene lógica tanto en el sentido científico como político, pues las necesidades sanitarias son mayores entre los pacientes y entornos de pobreza.

## **RESULTADOS: ALGUNOS EJEMPLOS POSITIVOS CONCRETOS**

El trabajo de campo ha permitido constatar los aciertos de la ESF y del trabajo en los centros de salud-UBSF, con ejemplos varios<sup>52</sup>. Señalamos varios, sin ánimo de ser exhaustivos, sino con afán constructivo.

En lo que respecta a la estructura física de los edificios, destaca la de algunos centros visitados en Curitiba, Florianópolis, São Paulo, Rio de Janeiro, João Pessoa, Macaíba (Rio Grande do Norte), São Luís y São José de Ribamar (Maranhão). En cierta forma, Rio de Janeiro expresa lo más moderno de las instalaciones y Macaíba (Rio Grande do Norte), São Luís y São José de Ribamar (Maranhão) lo mejor adaptado al entorno (rural, en los centros visitados en estas localidades). Es decir, tan importante es que la estructura física responda a un diseño arquitectónico apropiado a las necesidades de la Atención Primaria como su adaptación a la población y al entorno, y de todo hay buenos ejemplos en Brasil.

En Florianópolis hemos visto los centros de salud más “humanizados”, más individualizados y “amables” en su decoración e interiorismo, los de Saco Grande, Ingleses y Corregio Grande; incluso en el centro de salud de Corregio Grande hay peces en una pecera de agua fría (despacho de la responsable, Simone Luz Cardoso). En general, muchas consultas odontológicas están también “humanizadas”, como por ejemplo, en el centro de salud Vila Mutirão, en Goiânia. A destacar la consulta y el trabajo de Newillames Gonçalves Nery, odontólogo del centro de salud Parque Atheneu, Goiânia, con antigüedad de siete años y compromiso con la ESF.

En el centro de salud de Gameleira (Vera Cruz, Bahia) todos los despachos cuentan con flores naturales renovadas semanalmente, a cuenta de Rodrigo Oliveira Freaza García, médico.

La dotación de los centros de salud-UBSF respecto a material es muy variable. Destacan

---

<sup>52</sup> En las visitas prometimos confidencialidad, especialmente en lo que respecta a los problemas y defectos, que nunca citaríamos con datos concretos. Por el contrario, pedimos y conseguimos permiso para citar apropiadamente los ejemplos positivos. **En todo caso, rogamos se nos excuse por no nombrar a todos los que lo merecen.**

algunos centros de Curitiba, São Joao dos Pinhais, Porto Alegre, Florianópolis, São Paulo, Rio de Janeiro. Aracajú, Sobral (Ceará) y Fortaleza. A dicho material corresponde personal capacitado, y hay médicos que lo mismo colocan DIU que hacen cirugía menor (pequeña cirugía). No es raro el médico de familia que compra material para uso en el sistema público, tipo *punch* para biopsia con taladro (por ejemplo, Paulo Poli, médico de familia en el centro de salud Ingleses, en Florianópolis), o pulsioxímetro (por ejemplo, Ruber Paulo de Olivera Gomes, de Vera Cruz II, en Goiânia). O el que se provee por su cuenta de optotipos para la graduación de la vista y de cámara *espaziadora*, como Aline de Ávila Ramos, en el centro de salud Corrêgo Grande (Florianópolis).

En los centros visitados ha habido gran variabilidad respecto al número total de equipos de Atención Primaria, desde 11 en Maria do Socorro (Rio de Janeiro) a 1 en muchos de los centros de salud rurales.

Hemos visto trabajar a equipos que son tales, con delegación de funciones y autonomía de decisión. Por ejemplo, en Manaus, en el centro de salud Silas Campos, el equipo liderado por Leila Pinhero, médico, con Sandra Rodrigues, enfermera, Leidiane Nobre, auxiliar de enfermería, y Ángela María de Sousa, entre otros ACS.

También hemos visto el trabajo de equipos sin médicos pero con excelente funcionalidad, como en el centro de Manaus anteriormente citado, el equipo que lidera Janete de Souza, enfermera. Y en Macaíba (Rio Grande do Norte), en el centro de salud Lagoa do Sitio, a la enfermera Selma Araújo de Oliveira, capaz de liderar al equipo con médicos que duran poco, y de responder tanto a los pacientes programados como a las emergencias. En el centro de salud de José Machado de Souza (Aracajú) hay capacidad de respuesta a emergencias usuales, y personal polivalente como Moriso Riveiro de Carvalho Junior, enfermero (con experiencia previa rural). La enfermera Leticya Miranda, en el centro de salud de Santo Hilário, Goiânia, destaca por su trabajo bien organizado, con registros (sobre soporte en muchos casos adquirido a su costa) de pacientes *acamados*, embarazadas, hipertensos, diabéticos, *crianzas*, en tratamiento con psicofármacos, libro de mortalidad, mapa con recursos-necesidades y otros.

En la mayoría de los centros de salud las visitas a domicilio se hacen en automóviles con chófer del SUS (*carro y motorista*). En algunos lugares los médicos emplean su propio vehículo; por ejemplo, Bendita Barros Oliveira de Sousa, médico, en el centro de salud Adelino Matos, en Teresina.

Son mayoría los centros de salud en los que hay toma de muestras (*coleta*) periférica, de

forma que se evita el desplazamiento del paciente. En el centro de salud Deomar Bittencourt, rural, en Villa Vella (Espírito Santo), además dicha toma tiene “código de barras”, con lo que se facilita el seguimiento de los resultados. En el centro de salud Saco Grande (Florianópolis), Claudio Correo, técnico de laboratorio, demuestra la polivalencia del personal auxiliar con sus actividades, mucho más allá de lo obligatorio. A destacar, también, el administrativo del centro Ernesto Araújo (Porto Alegre) por su polivalencia.

En algún centro de salud, como en los de Río de Janeiro y João Pessoa, en la hora del almuerzo (de 12,00 a 13,00) se organizan turnos “de guardia”, para que el centro no se cierre y se pueda dar respuesta a los pacientes que acudan en ese horario.

Destacó la organización y funcionamiento de la farmacia en el centro de salud de María do Socorro (Rio de Janeiro), con código de barras para el control de la medicación. También destaca la farmacéutica del centro de salud de Jardim Guanabara I, Goiânia, por su accesibilidad para hacer visitas a domicilio y controlar los botiquines domiciliarios, adaptación a los pacientes analfabetos, realizar Atención Farmacéutica, la identificación y el seguimiento de problemas relacionados con medicamentos (PRM), y la cooperación con otros profesionales.

La “historia” y la continuidad la consiguen ofrecer muchas veces los profesionales que permanecen más tiempo en el mismo equipo. Ello les da gran capacidad de resolución de problemas, como hemos podido comprobar por ejemplo en el caso de Lourdes Ramos Sagaz (administrativo con 25 años de continuidad en el centro de salud Ingleses, de Florianópolis), Adilia Gomes de Olandino (ACS en el centro de salud Nova Esperança, de João Pessoa, con 15 años de continuidad), Maria do Socorro Sousa de Silva (enfermera con 12 años de antigüedad, del último centro citado), y Patricia Gomes da Silva (auxiliar de servicios *gerais*, con 8 años de antigüedad en el centro de salud de Araçá, Camaragipi, Pernambuco). Estos profesionales conocen bien a la población y son historia viva del SUS y de sus avatares.

Un buen gestor puede lograr un ambiente de trabajo excelente, como hemos podido comprobar en varios casos. A destacar el de Celia Regina dos Santos, en el centro de salud Vera Cruz III, de Goiânia. Además, en este centro de salud de Goiânia, y en otros, se cuenta con la dotación de un excelente maletín con material de urgencias que permitió, por ejemplo, responder adecuadamente a un caso de parada cardíaca en el año anterior. La dotación de material para atender a un parto facilitó el buen trabajo en un caso reciente en el propio centro de salud, en Deomar Bittencourt, rural, en Villa Vella (Espírito Santo).

También es gestora a destacar Marly de Olivera Silva, del centro de salud Floramar (Belo Horizonte). Y Yara María Busnello Thomé Leonardo, del centro de salud Ingleses, Florianópolis.

El compromiso con la comunidad es frecuente y muy intenso en algunos casos. Por ejemplo, en el centro de salud de Jiribatuba (Vera Cruz, Bahia), el equipo formado por Leonardo Guedes, médico, Joelma Kátia Oliveira Ferreira, enfermera, Adilson Teixeira, técnico de enfermería, y los ACS Sirley María de Jesús y Aldeni, entre otros (a la veteranía de estos últimos se ha sumado el empuje del médico y la enfermera, lo que ha “abierto” el centro de salud a situaciones, problemas y pacientes que antes sentían la existencia de barreras). Destacan por su compromiso con la comunidad los equipos que lideran los médicos de familia Rubens Araújo de Carvalho (centro de salud José Becerra, de Aracajú) y Carlos Eduardo do Gomes de Melo (centro de salud Alto do Pascoal, de Recife).

Hemos encontrado varios médicos “localizables” por teléfono en horarios no laborales, incluso festivos, para la certificación de la muerte (*óbito*) de sus pacientes terminales atendidos a domicilio. Entre ellos Paulo Poli (Florianópolis), Marcos Adams Goldvaich (Rio de Janeiro), Verónica Cisneiros (Recife) y Emilio Rosetti (Fortaleza).

En Fortaleza, en el centro de salud Lineu Juca, a destacar el trabajo clínico y docente de Marco Tulio Aguiar, médico de familia, que por ejemplo maneja habitualmente morfina en pacientes terminales a domicilio, lleva un programa para prostitutas, otro para asma en niños, y demás. En dicho centro las ACS tienen un especial compromiso con la población que les lleva a prestar servicios diagnósticos, pedir formación insistentemente y preferir la mejora de la organización al aumento de sueldo.

Presenciamos un ejemplo excelente de la potencia de la ESF (y del SUS) para romper barreras y responder a los problemas en los lugares que más lo necesitan en el centro de salud Santo Hilário, en Goiânia. Fue un domicilio no programado (*demanda*) de una micro-área sin médico, en la que el ACS tuvo conocimiento de la mudanza de un matrimonio mayor, recluso a domicilio-*acamado*, desde una población de Maranhão. Pese a no tener documentación alguna, ni de identificación, ni del SUS, y a que la hija que les trae la comida a diario estaba trabajando, un médico del centro de salud, Caio Oliveira Guimães, se desplazó al domicilio con la enfermera y el ACS y con ayuda de una vecina “puso orden” en su situación clínica y social. El varón, 79 años, inválido en silla de ruedas (*cadeira de rodas*), diabético, hipertenso y con soda uretral permanente por hipertrofia

prostática, y su mujer de 69 años, con diabetes y una lesión pediculada inmensa en boca. Sin pensión, y sin medicación. Al cabo de una hora ambos tenían su historia clínica (*prontuario*) y se habían tomado las decisiones precisas para que obtuvieran la documentación, la medicación, y para que se arreglara el problema de la pensión (a través del CRAS, Centro de Referencia de Asistencia Social).

En el centro de salud Taiz Viviane Machado (Curitiba) tienen un Banco de Leche Materna, buen ejemplo de desarrollo tecnológico adaptado a necesidades.

En Goiânia han desaparecido las salas de nebulización de los centros de salud y los profesionales son conscientes del escaso fundamento científico de tal terapia.

Cuentan con informatización de todo el centro de salud los visitados de Curitiba, Porto Alegre, São Paulo, Florianópolis, Rio de Janeiro y Belo Horizonte. En muchos otros existe informatización parcial, por ejemplo para la *marcación* de consultas de especialistas y/o de pruebas diagnósticas. En algún caso con problemas de acceso a Internet, como en el centro de salud de Robson Cavalcante de Melo, de Maceió, el personal administrativo trabaja desde casa dos días en semana, para solventar la desconexión.

Respecto a los residentes de Medicina de Familia, destacan en la práctica los centros de salud de Curitiba (muy bueno el de Monteiro Lobato), Porto Alegre, Florianópolis, Sao Paulo, Río de Janeiro, Belo Horizonte, João Pessoa, Sobral (excelentes los dos visitados, Herbert de Sousa y Everton Mont'alverne) y Fortaleza (muy buenos los dos visitados, Frei Tito y Lineu Juca). En João Pessoa, y otros lugares, los residentes tienen al tiempo el contrato de formación y un trabajo de médicos de equipo, con lo que mejoran los ingresos y se acelera su maduración.

Los estudiantes y en general la Universidad, fueron parte de la visita a los centros de salud en Curitiba, Florianópolis, Goiânia, Belem, Salvador, Maceió, Recife, João Pessoa y Sobral.

A destacar la Fundación de Salud de Familia de Bahia, como un intento de superar algunos de los problemas de la descentralización, mejorar las condiciones de contratación de los profesionales y asegurar la formación continuada. También la Fundación Municipal de Salud de Teresina, por su trabajo sobre los problemas de acceso y resolutivez. Estas cuestiones preocupan en general, y pudimos debatirlas directamente con responsables políticos en São Joao dos Pinhais, Rio de Janeiro, Goiânia, Maceió y São Luís.

Respecto a estabilidad política en el apoyo y desarrollo de la ESF destacaríamos Curitiba y Florianópolis.

Existen distintos modelos de incentivos a los profesionales, monetarios, en tiempo de vacaciones y otros. A destacar el esfuerzo en este campo de Curitiba, Rio de Janeiro y Salvador.

En todos los casos gozamos del aprecio de los profesionales de los centros de salud visitados, y resulta difícil destacar a ninguno en particular por hospitalidad y cooperación. Las visitas siempre fueron agradables y acogedores y la información fluyó sin problemas, con transparencia y sinceridad. Si hubiera que señalar a uno, probablemente el de Novo Planalto, en Goiânia, con Marco Aurelio Cândido de Melo, médico. Y al centro de salud de Cidade Operária, en Recife, que suplió con creces los problemas de tener a los enfermeros de huelga.

Tuvimos varios contactos con médicos de CASSI, pero lo más instructivo fue la visita a las instalaciones en Maceió, a la unidad de medicina de familia. En CASSI (plan de salud privado para el personal del Banco do Brasil) se ha adoptado la ESF, lo que supone el desarrollo de trabajo en equipos liderado por un médico de familia que sólo cuenta con un técnico de enfermería. Los tres equipos tienen el apoyo multiprofesional de un núcleo formado por enfermera, psicólogo, asistente social y nutricionista. No hay ACS. La informatización es total, y la historia clínica-*prontuario* electrónico tiene “lista de problemas”. Hay médico de refuerzo, para urgencias y para los pacientes a demanda. Existen medidas de pro-coordinación, que se expresan en un política de *referenciamiento* que premia a los especialistas que mejor relación establecen con los médicos de familia (informes verbales y escritos y demás).

En todos los casos la relación con los profesionales de todas las categorías fue de empatía y simpatía. El éxito de la visita se basó casi siempre en el sentimiento de agradecimiento de los profesionales de “verse reconocidos”, porque hubiera alguien que analizara su trabajo, sugiriese mejoras y apreciase su entrega y esfuerzo.

Muchas veces no había llegado información sobre el Proyecto al centro de salud-UBSF, o había llegado sólo a algún médico o al gestor y, pese a ser entonces una visita “intempestiva” y más complicada, ello no impidió el establecer una relación fluida y amable.

En general el almuerzo fue de nuevo ocasión de confraternización (y obtención de información en un ambiente relajado de compañeros), y en todos los casos se compartió con los profesionales, bien en un restaurante cercano, bien en la propia *copa*. En varios casos se organizó una “cuasi-fiesta”, en el almuerzo o al acabar la tarde y tras la sesión

general; hay que destacar las de Erico Verissimo (Curitiba), Vera Cruz II (Goiânia), Vila Mutirão (Goiânia), Robson Cavalcante de Melo (Maceió), Everton Mont'alverne (Sobral), y Gapara (São Luís).

Tampoco faltaron los regalos como expresión de cariño, bien de profesionales concretos, bien del centro de salud visitado, bien de los organizadores y la sociedad local de médicos, bien de las Secretarías. La misma simpatía reflejó la dedicación de los organizadores, para lograr conocer algunas de las atracciones naturales y/o culturales locales; a destacar en Florianópolis, Belo Horizonte, Manaus, Aracajú, Recife y São Luís.

## **RESULTADOS: SÍNTESIS DE ASPECTOS NEGATIVOS GENERALES**

Los puntos cruciales y fundamentales de la ESF se exponen con claridad en los acuerdos reflejados en la Política Nacional de Atención Básica, de 2006. Sin embargo, en la práctica, en muchos casos pareciera que la ESF no tiene una definición precisa. La confusión reina, principalmente, acerca de la accesibilidad, integralidad, longitudinalidad y resolutivez. Así, según el lugar visitado, se asigna la “marca” o el “rótulo” de ESF a iniciativas muy variadas y distintas, que poco tienen en común. Por ello, las cifras de cobertura de población con la ESF y el número de centros de salud-UBSF no dicen nada acerca de los servicios ofrecidos, ni respecto a la capacidad de resolución para los problemas de los pacientes y comunidades. En algunos casos la “misma” ESF alcanza niveles de país desarrollado europeo-canadiense, y en otros africanos. La autonomía Municipal, la descentralización, puede llevar a la debilitación, al menos en la implantación de la ESF.

En la aplicación práctica de la ESF suele faltar tecnología y ciencia moderna en casi todos los sentidos, desde la dotación de material y la capacitación de los profesionales a métodos de gestión.

La ESF se ofrece a veces como si el tiempo no hubiera pasado en Brasil. En muchos casos se sobreentiende que la ESF es para pobres, y pobre, lo que la desacredita por completo. Por supuesto, hay un vívido contraste entre la teoría y la práctica. La teoría niega que la ESF sea para pobres pues se supone es la opción universal del SUS para Brasil. La práctica es consistente y, por ejemplo, en todos los lugares visitados los propios profesionales que pueden evitan la ESF y contratan “planes privados de salud”. Expresión del escaso crédito de la Atención Primaria es que los propios médicos de familia no suelen tener un médico de familia para sus problemas de salud, sino que consulten directamente con los especialistas.

Desde luego, en muchos casos es imposible “pertenecer” a un equipo de atención primaria pues las UBSF se suelen ubicar en zonas y entornos en los que no viven los

profesionales titulados superiores y medios (médicos, farmacéuticos, psicólogos, enfermeros y otros). En los casos raros en que las UBSF incluyen zonas geográficas de clase media, el uso predominante lo suelen hacer los empleados domésticos (y casi todos, para las vacunas y los medicamentos gratuitos).

Como norma, los titulados superiores y medios viven en zonas alejadas de los centros de salud-UBSF y no forman parte de la comunidad a la que sirven. Por ello su conocimiento de la misma es en muchos casos “de oídas”, no “de vida”. Pese a todo, el discurso oficial acerca de la comunidad es avasallador y las palabras suelen impedir ver lo evidente.

La comunidad es, así, muy importante en teoría, pero aunque hay iniciativas positivas excelentes, es poco lo que se hace en la comunidad después de las horas laborales. Por ejemplo, las necesidades asistenciales de los trabajadores que viven en la comunidad se soslayan (suelen irse al trabajo antes de que abran los centros de salud, y volver a casa cuando están cerrados), como se ignoran muchos de los problemas de las emergencias fuera del horario, y el de las familias en que hay un muerto a “horas inconvenientes”, como un domingo a las nueve de la mañana. La mera existencia, respectivamente, de las UPA, del SAMU (Servicio de Atención Móvil de Urgencia) y del Servicio de Vigilancia de Óbitos, no resuelve los problemas, como bien exponen los pacientes y líderes de las comunidades. En concreto, la certificación de la muerte natural y esperada, en “horas inconvenientes” lleva a cometer ilegalidades, como el transporte del cadáver en automóvil para llegar a urgencias alegando que ha muerto en el camino, y así conseguir el ansiado certificado de defunción (*óbito*). En otros casos las funerarias tienen sus enlaces con políticos locales, como concejales (*vereadores*) que “resuelven” con sus contactos este problema. Es tarea que también “resuelven” los traficantes de drogas en las zonas que dominan. Los impresos de los certificados de defunción-*óbito* son documentos guardados de tal manera que se convierte en una odisea el conseguirlos, incluso en días y horas laborables.

El problema no es sólo la certificación de la muerte, sino la atención al paciente terminal a domicilio, muy deficiente. De hecho es un campo de duplicación de servicios, con Servicios de Atención a Domicilio privados o públicos que dan respuesta vicariante (y “debilitan” aún más la ESF en este flanco).

En la comunidad sólo viven los ACS, y a veces los técnicos auxiliares y administrativos. Los otros profesionales “llegan en paracaídas y se van en cohetes”; es decir, se trasladan temprano por la mañana y se van temprano por la tarde, antes de que anochezca, y la

mayoría de los días no pisan físicamente ni los alrededores del centro. Incluso en la hora del almuerzo dichos profesionales suelen acudir al coche para alejarse. De hecho, la comunidad se ve en muchos casos como un ambiente “peligroso”, que raramente se visita en solitario y andando (eso lo hacen los ACS, en parejas), y menos sin luz natural. Buen ejemplo es la visita a los enfermos *acamados* a domicilio, siempre que se puede con *carro y motorista* oficiales, y varios profesionales al tiempo; por ejemplo, es rarísimo el trabajo a domicilio en solitario de la enfermera o del médico. Parte de esta “aversión a la comunidad” explica la concentración del trabajo a domicilio en un turno fijo a la semana (una tarde, o mañana, en que se cuenta con el *carro y motorista*, y en que todo el equipo va junto a las visitas domiciliarias).

Un sistema sanitario para pobres es un pobre sistema sanitario, y por ello a veces la ESF ofrece poco, es pobre. Los centros de salud responden a veces a un esquema del pasado, de un Brasil pobre, y de una organización burocrática con “médicos descalzos” en que se mezclan la epidemiología con las ciencias sociales (Saúde Coletiva), la promoción de la salud con la prevención sin límites, y la atención primaria sanitaria con la social. Así, en ocasiones, la visita a los centros de salud-UBSF retrotrae a tiempos lejanos, de sistemas soviéticos bien desarrollados para responder con higiene, asepsia y vacunas a la mortalidad por infecciones.

Lo que está bien organizado y es central (prevención y tratamiento de las infecciones) fue y sigue siendo importante pero de ser central ha pasado a ser periférico. Y a veces se utiliza en exceso, por razones de rutina (por ejemplo, vacuna antitetánica, muy por encima de lo recomendable, con revacunaciones cada diez años y en los embarazos, y en todos los casos de heridas por más que el paciente tenga la cartilla de vacunación al día). Y a veces no parece lograr el éxito esperado, por ejemplo, frente a tuberculosis, lepra, dengue, leishmaniasis y leptopirosis.

Se suele ignorar que la opción por una Atención Primaria fuerte no es una opción por los pobres, sino por la salud general de la población (aunque los pobres sean los grandes beneficiados, por su mayor necesidad de servicios sanitarios). También se suele ignorar el papel clave de los médicos tanto en el desarrollo científico como en el crédito social, y su posición principal en una Atención Primaria fuerte. En ello hay un cierto “resentimiento” contra los médicos con actividad clínica con los pacientes, siempre vistos como miembros de la clase alta, asociados al capitalismo y al enfermo individual, y en contra de la salud pública-colectiva.

Como se nos dijo en alguna ocasión, “los médicos son un mal necesario”, y como se nos dijo muchas veces “los médicos de familia no son los líderes de los equipos de Atención Primaria; en los equipos no hay jerarquías”. De nuevo se puede señalar una dicotomía entre esta teoría y la práctica, pues es el contacto directo con los médicos, y con sus poderosas técnicas diagnósticas y terapéuticas, lo que hace atractivos los planes privados de salud y las “clínicas populares” (en los que no hay equipos, ni enfermeros ni ACS; ejemplo extremo es el CASSI, incluso en su opción por la ESF).

Pese a sus éxitos documentados, parece que los equipos (y la ESF) son buenos para los pobres y que quienes tienen cierto nivel económico los evitan. Cabe preguntarse si la sociedad brasileña y sus políticos desean un sistema sanitario público universal que cubra a toda la población (como en los países desarrollados, con Canadá como ejemplo americano), o si sólo lo desean en teoría pero en la práctica promueven un sistema dual, privado para las clases medias y altas y público para las clases bajas. En este caso el sistema público será algo parecido a la Beneficencia de los siglos XIX y XX, que sólo persiste en los EEUU en el siglo XXI (el único país desarrollado que carece de un sistema sanitario público y universal).

Si Brasil elige el desarrollo de una ESF para pobres llevará a los pobres un sistema sanitario pobre, mal dotado, de mala calidad, de escaso contenido, de Medicina “básica” por elemental, con profesionales desencantados o “iluminados” (sin saber qué sea mejor entre ambos tipos de profesionales). De hecho, en las visitas han predominado los profesionales desencantados, muy críticos con el sistema y las autoridades, pero no hemos dejado de encontrar profesionales que ven su trabajo con una mística iluminada, más ideológica y/o religiosa que otra cosa.

Aunque las instalaciones físicas de los centros de salud suelen ser adecuadas, hemos visitado algunos que no merecen tal nombre. A veces las salas de espera tienen condiciones tercermundistas, con goteras, o con diseños ajenos al entorno, de forma que en verano se convierten en verdaderos hornos. En muchos casos los asientos, sillas y mobiliario están mal conservados, rotos y destrozados. A ello se añaden, a veces, rejas (*grades*), que con alambre espino y guardias de seguridad contribuyen a dar aspecto penoso. En algunos casos los edificios son adaptaciones, sin diseño ni arreglo, de minúsculas viviendas en que varios profesionales comparten despacho a turnos. Desde luego, la media es una cierta calidad, pero las excepciones son frecuentes.

Incluso en las instalaciones de calidad, el ambiente suele ser frío e inhumano hasta la

exageración. De nuevo recuerdan a instalaciones soviéticas, en las que el profesional no es persona sino simple trabajador, y los pacientes son parte de la masa comunitaria. Por ejemplo, cuando la institución provee batas (aproximadamente en la mitad de los centros visitados) carecen de identificación y los profesionales se “rebelan” ordenando bordarlas con sus nombres y categoría, a costa de su dinero. Son rarísimos los espacios personalizados, aunque sea simplemente con fotografías de los profesionales y de los pacientes. Las flores naturales cortadas, como las plantas, se consideran perjudiciales para la higiene, y suelen estar prohibidas por los órganos de control de infecciones. También suelen estar prohibidos los carteles y adornos, salvo los que hace llegar la institución. En algún caso se nos han contado escenas de arrancado violento de tales carteles y adornos “ilegales” durante la visita de autoridades.

Como contraste a la búsqueda de una higiene y asepsia imposibles, hay centros en los que las paredes están “invadidas” por mohos (*mofo*). Así mismo, en general, los servicios-*sanitarios* carecen muy frecuentemente de jabón y/o de papel-toalla para manos (y de papel higiénico). Lo mismo sucede en los lavabos de los despachos para consultas (donde a veces, pero no siempre, se cuenta con solución hidro-alcohólica). Estas carencias son casi generales en los *sanitarios* de los pacientes. El simple lavado de manos es una actividad frecuentemente casi imposible, sea después de utilizar el *WC*, sea después de atender a un paciente en la consulta, sala de curas (*curativo*) o tras vacunarlo. Por otra parte, los guantes (*luvas*) desechables no son universales, y en muchos casos “hay, pero están en falta” [ésta frase la hemos oído con frecuencia para explicar carencias varias].

Los profesionales, generalmente comprometidos con su trabajo, suelen comprar de su bolsillo jabón y papel higiénico y para las manos, tanto para su propio uso como para los pacientes; en este aporte vicariante no hay distinción de categorías, desde auxiliares generales (limpieza) a médicos. En otros casos los médicos, enfermeros y técnicos aprovechan sus trabajos en otras instituciones sanitarias para “trasladar” guantes-*luvas* allí donde más se necesitan (las UBSF). Esta “transfusión” ilegal de material es relativamente frecuente; por ejemplo, de sondas, de inyectables y otros materiales que muchas veces no se proveen a los centros o “están en falta”.

Lo que no pueden suplir los profesionales son las carencias básicas, por ejemplo en la farmacia, donde “están en falta” frecuentemente medicamentos básicos, incluso digoxina o metformina, y donde muchas veces no llegan otros como nitrofurantoína, penicilina G

oral, salbutamol o beclometasona en aerosol. Encontramos dos centros de salud en que estaban “en falta” los preservativos masculinos (los femeninos existen en pocos, en parte por el rechazo de las usuarias y en parte por su coste, por más que sean muy útiles como “instrumento de trabajo” para las prostitutas). El sistema sanitario no cubre, o cuesta superar las barreras para conseguirlo, algunos efectos sanitarios como colectores de orina y pañales (*fralda*) de incontinencia.

En la misma línea de contraste acerca de la higiene, en casi la mitad de los centros visitados no había sabanillas (*lençoes*) de un sólo uso en las camillas de exploración. En muchos casos se nos manifestaba su cambio diario, pero el aspecto era de recambio semanal, en el mejor de los supuestos.

Los centros de salud-UBSF suelen tener luz natural, aunque incluso alguno reciente y moderno la evita. En todo caso, en general, los cristales se pintan o tapan con papel, no por preservar la intimidad sino por una aparente preferencia por el trabajo con luz artificial. La presencia de biombos es rara, salvo en las salas para toma de muestras citológicas (*preventivo*).

La intimidad del acto médico (encuentro médico/enfermera/auxiliar-paciente) se respeta poco, y en las consultas las interrupciones son la norma (hemos contado hasta 10, en media hora). Existen consultas con dos puertas, una a la sala de espera y otra a un pasillo de comunicación, y esta segunda puerta suele quedar abierta incluso durante el encuentro con el paciente. Con frecuencia el espacio de los despachos para consultas es escaso y el mobiliario pobre y mal conservado. Ello es viva expresión de la escasa consideración hacia las actividades curativas, y en general hacia las actividades sanitarias personales-individuales (por más que los servicios sanitarios sean servicios personales). De hecho, muchos profesionales ven los centros de salud y la ESF exclusivamente desde su contenido preventivo, como si todo lo demás fuera una especie de “fracaso” del que debieran cuidar otros.

El proceso de atención en la consulta recuerda al típico en cualquier país desarrollado, y suele ir desde la razón de consulta a las recomendaciones para el seguimiento. Pero la falta de material y tecnología da “un aire” de limitación, y constriñe la capacidad de resolución. Sorprende la “intimidad” entre profesionales y pacientes (abrazos y besos por doquier, por ejemplo) que muchas veces impide la “distancia terapéutica” y lleva la consulta a la trivialidad (comentarios extensos sobre la moda, por ejemplo).

Buen ejemplo de este foco exclusivo en la prevención es la odontología. En la práctica el

trabajo de los odontólogos en los centros de salud se refiere sólo a prevención, aunque realiza algún trabajo en situaciones de urgencias, como infecciones. Generalmente, toda la odontología intervencionista es derivada-*encaminada* a un centro de referencia, donde las colas (*filas*) hacen que en muchas ocasiones llegue tarde la asistencia y no se puedan conservar las piezas. De ahí la mala salud dental de la población pobre.

El “déficit curativo” también se expresa por el frecuente rechazo al “control de la incertidumbre” (*incerteza*)<sup>53</sup>. Todo se pretende protocolizar, incluso la valoración del riesgo en las consultas que no sean de programas. Este “horror a la incertidumbre” es mayor entre los enfermeros, quienes realizan básicamente funciones que evitan la decisión ante pacientes a demanda. Por ello su trabajo se refiere fundamentalmente a la toma de muestras citológicas (Papanicolau), unas cuarenta por mes, seguimiento del niño sano y actividades similares, de programas y protocolos. El contenido clínico del trabajo del enfermero es bajo, y la productividad y el coste de cada unidad “producida” muy alto. Alguna enfermera irónica, al hablar de su trabajo predominantemente sedentario y sentado, se definió así misma como “enfer-mesa”. Las enfermeras capacitadas y comprometidas se sienten frustradas en una ESF que las anula y reduce a la realización de tareas burocráticas y programadas.

Como consecuencia del escaso control de la incertidumbre (*incerteza*), también es débil el control de los tiempos de consulta. Se prefiere el trabajo “a ritmo fijo”, con consultas programadas de 30 y hasta 60 minutos. Puesto que la rotación del médicos (y de enfermeros) es muy alta, la incertidumbre tiene que ver también con la falta de conocimiento de los pacientes y de la población, lo que lleva a necesitar tiempos largos para “explorar” y hacerse cargo de los problemas del paciente. Todo ello provoca una práctica clínica burocrática y repetitiva, falsamente sencilla por la protocolización, donde se genera y mantiene el “horror ante la incertidumbre” y donde se necesitan largos tiempos para cumplir todas las normas y registros.

Pese a todo, con una carga de trabajo escasa y un fuerte “reduccionismo clínico”, por

---

<sup>53</sup> Son básicos en Atención Primaria el control de la incertidumbre y el control del tiempo. -Gérvás J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;16:501-6. -Gérvás J, Serrano E. Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. En *Expectativas y realidades en la atención primaria española*. L Palomo (coordinador). Madrid: Fundación 1º Mayo-GPS Ediciones; 2010. p. 245-59. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/04/valores-fadsp-2010.pdf>

De hecho, un médico es “un profesional altamente cualificado que precisa estudiar y formarse toda la vida, capaz de tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas en situaciones de gran incertidumbre”. En:

Gérvás J. ¿Por qué ser médico si ya hay Internet? Carta abierta a una estudiante de primero de Medicina. Septiembre 2010. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/09/por-que-ser-medico-1c2ba-medicina-sept-2010.pdf> <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2010/09/why-to-be-a-doctor-open-letter.pdf>

comparación con la Atención Primaria en otros países desarrollados, es común una “cultura de la queja”, de petición de menos pacientes y menos trabajo (el “ideal” expresado suele ser de 2.000 pacientes por equipo de Atención Primaria<sup>54</sup>). Da idea de la “carga de trabajo” el que frecuentemente las salas de espera estén llenas a rebosar al abrir el centro (por la mañana y tras el almuerzo) pero se vacíen en apenas dos horas (las consultas programadas de hecho, reloj en mano, no duran lo previsto, y hay muchos pacientes que no acuden a la cita).

Las consultas cuentan con material mínimo que en casi ningún caso cumplirían normas de país desarrollado. Suelen tener negatoscopio, salvo excepciones, pero, por ejemplo casi en el 100% de los casos faltan optotipos, martillo de reflejos, oftalmoscopio y lupa. Nunca hemos visto oftalmoscopio y otoscopio de pared, y en los mejores casos los otoscopios suelen ser compartidos por varios profesionales.

Las mismas carencias de las consultas se ven en los centros en general. No hay espirómetros (en ningún caso), ni electrocardiógrafo, ni ecógrafo, por ejemplo. En los escasos centros de salud que poseen estos dos últimos aparatos, los médicos de familia no suelen utilizarlos directamente; es decir, se limitan a hacer la solicitud de la prueba y esta la realizan técnicos especializados en el caso de la ecografía (en actividad *terciarizada*, con días y horas fijas). Los electrocardiógrafos suelen formar parte de los recursos de telemedicina, de forma que el médico de familia no puede valorar los electrocardiogramas, ni en situaciones urgentes, sino esperar a la recepción del informe del especialista (al que no se suele enviar un informe clínico). De esta forma parece que se confirma la escasa confianza en la formación y capacitación de los médicos de familia. Las posibilidades de respuesta a las situaciones de urgencia y emergencia son escasas, salvo excepciones (la respuesta habitual es “se llama al SAMU”). Por ejemplo, como norma no hay morfina ni dopamina, ni glucagón, ni colirio anestésico, ni pulsioxímetro, ni sondas uretrales, ni tiras de orina, ni en general material de sutura, ni desfibrilador, ni material para el parto. Cuando hay adrenalina puede estar caducada, y casi nunca se encuentra localizable y accesible en los despachos donde se ponen inyectables (*curativo*, y sala de vacunas). De hecho, ante las cuestiones al respecto la respuesta común es “esto es la ESF, no un servicio de urgencias; aquí se hace prevención”. Cuando se ha dotado a algún centro de material para urgencia, la mayoría de los profesionales

---

<sup>54</sup> Hemos escuchado y leído propuestas de 1 equipo de Atención Primaria y de Odontología por cada 2.000 pacientes. Y 1 NASF y 1 equipo de Salud Mental por centro de salud.

desconoce su mera existencia, así como su contenido, y muchos no se sienten capacitados para su empleo. Hasta cierto punto existe una “comodidad en la carencia”.

No hay planes para catástrofes, ni simulacros para ensayar respuestas ante las mismas. No hay, tampoco, planes para situaciones de emergencia en el centro de salud (muerte súbita, infarto de miocardio y demás), y los cursos de reanimación cardio-pulmonar son infrecuentes.

La idea persistente y común es que el trabajo debe ser preferente, o únicamente, preventivo y programado y que la atención a la demanda y a las urgencias no es cuestión que ataña a los centros de salud. Ello se refleja en la oferta de servicios, habitualmente restringida a los programas y protocolos. En todo caso, son excepción los centros que hacen constar en paneles o carteles legibles su oferta de servicios, sus horarios y los nombres de los profesionales de los distintos equipos.

La organización “vertical” de la ESF se transmite a los centros de salud, de forma que los tiempos se agrupan por programas y protocolos y hay, por ejemplo, una mañana para diabéticos, una tarde para niños, otra mañana para salud de la mujer, la tarde para embarazadas, etc. Se fragmenta la atención, se fragmenta al profesional y se fragmenta al paciente, y el servicio prestado se vuelve muy ineficiente. Es muy infrecuente la atención “horizontal”, o *mixturada*, en la que se mezclan servicios programados y a demanda, con una agenda más o menos abierta.

La misma cuestión afecta a la atención a domicilio, que también es actividad “programada”. Suele establecerse un turno (mañana o tarde) a la semana para los pacientes reclusos en domicilio-*acamados*, y se acude con escaso material; desde luego, nunca pulsioxímetro, sondas ni medicación alguna, ni inyectables ni de otro tipo, salvo como mucho para cura de úlceras. Además, no se suele considerar otro medio de transporte más que el oficial, y otra forma de atención que no sea en grupo, por lo que tal rigidez e inflexibilidad convierte la atención a domicilio en poco accesible y poco resolutive. Son raros los ejemplos de pacientes terminales atendidos en su domicilio, por las rigideces horarias y por las carencias de material. Se puede conseguir material pero hay que solventar filtros varios, y sobre todo falta “la cultura” que convierta en rutina ofrecer tales servicios. En concreto, existe una llamativa “opiofobia” y falta de capacitación para el seguimiento del paciente terminal.

Los problemas de acceso no se resuelven fácilmente, básicamente porque no existe un simple *agendamiento* con el administrativo o ACS (el establecer de mutuo acuerdo con el

paciente y la familia un horario y día de cita sobre una agenda abierta, incluso con semanas, en que asignan citas-*vagas* a demanda y se reservan “huecos” para algunos pacientes y problemas de protocolos y programas). En su lugar se ensayan distintas formas de *acolhimento*, que no son más que pre-consultas-de-consultas, generalmente con más de un profesional, y en las que se decide sobre la necesidad de la consulta propiamente dicha (el paciente expone su caso ante una especie de “tribunal” que decide el proceso de atención, a veces en la sala de espera sin condiciones mínimas para garantizar ni la intimidad ni la confidencialidad). Dicho *acolhimento* se pretende, además, protocolizar como expresión viva del “horror a la incertidumbre”. Hay centros con agenda abierta y experimentación para mejorar el acceso, pero son los menos.

En muchos centros los sistemas de citación para la demanda son rígidos e inflexibles. En algunos sólo se “dan” citas (*vagas*) a tres o cuatro pacientes por turno (mañana o tarde), en demanda espontánea. Ello provoca colas (*filas*) de pacientes para obtener las valiosas citas. Algún centro abre a las cinco de la mañana para dar cobijo a estas filas. Lo mismo sucede cuando la *marcación* para los especialistas y pruebas diagnósticas también es por “cupos”, determinado día del mes y determinadas citaciones en total para el centro (hay que ser el primero para conseguirlo).

El resultado final es que muchos centros acaban “ocupados” por un subsector de los pacientes con unos problemas muy pocos variados y capaces de emplear tiempo y de sobrellevar las rigideces. Nadie puede asegurar que este grupo de población sea el que más servicios necesite, sino lo contrario. Los pacientes a demanda, o los que trabajan, o los que no cumplen las citas acaban en las UPA (o en privado), que actúan de “aliviadero” del sistema. Otra forma de sobrellevar el problema es contratar médicos “de refuerzo” que, en horario habitualmente de tarde, en el propio centro de salud, se hacen cargo de los pacientes que no han podido conseguir atención a demanda en su momento. Finalmente, la idea de los pacientes, la población y los políticos es que “faltan médicos”, que no dan abasto a la demanda, en lugar de analizar los porqués de dicha falta de respuesta.

Es frecuente el pluriempleo de los profesionales, especialmente de los médicos (pero también enfermeras y auxiliares). En muchos casos hacen “*plantones*”, guardias en las UPA y en el SAMU (las UPA y el SAMU cada vez se extienden más y cada vez precisan más médicos). Por consecuencia, el trabajo en los centros de salud-UBSF tiende a convertirse en un “descanso”, en un intervalo entre *plantones*, lo que dificulta el pleno

rendimiento (los profesionales llegan a actuar un poco como *zombis*) y justifica el trabajo sencillo y sin complicaciones que ofrecen los programas y protocolos. El empleo en el sector público es, así, una especie de complemento. En muchos casos los médicos trabajan en tres lugares distintos, y no son raros los que lo hacen en seis. Tampoco es raro que la muerte por accidente de tráfico sea común entre los médicos que se duermen al volante (y que el seguro de accidente de automóvil sea más caro para los médicos que para la población general). La nueva normativa, en desarrollo, que favorece los horarios “breves” (20 y 30 horas semanales) probablemente empeore este problema del “pluri-empleo”.

En muchos equipos el médico no tiene la especialidad en Medicina de Familia, y es muy joven (recién licenciado, sin experiencia práctica, esperando su oportunidad para hacer una residencia que no sea en Medicina de Familia) o muy viejo (cansado de otra especialidad, con minusvalías varias y esperando la jubilación-*aposentaduría*). Esto es más frecuente en áreas rurales, pero no es excepción en los demás. Ambos tipos de médicos son contratados y empiezan a trabajar sin formación alguna específica sobre la actividad en las UBSF. También es frecuente el equipo sin médico, con una enfermera que ya hemos señalado se siente muchas veces sin apoyo, capacitación, ni formación continuada, por más que realice su trabajo a la perfección. Las ausencias (enfermedad, vacaciones y otras) no se cubren, lo que hace todavía más común la presencia de equipos “incompletos”.

Las condiciones de contratación de los profesionales son a veces indignas (por ejemplo, sin vacaciones ni otros derechos laborales), y explican la poca ligazón del médico a su población. La falta de *concursos* (para lograr plazas de funcionarios) hace muy inestable la relación laboral, bien por el propio tipo de contrato, bien por la interposición de empresas y fundaciones que gestionan los centros de salud. Los médicos, pues, no tienen inconveniente en “venderse al mejor postor” y cambian con frecuencia de centro de salud, Municipio y hasta Estado.

A veces el grado de *terciarización* es extremo, especialmente en las UPA (los enfermeros, los pediatras, los médicos de familia, los ginecólogos y hasta los anestesiólogos se ven obligados a formar asociaciones a las que contrata el sector público). La *terciarización* en los centros de salud conlleva a veces la contratación del personal en condiciones penosas, y siempre se expone a la “disociación” de intereses entre la propia entidad contratada y el servicio público que contrata.

Hay incentivos diversos, a veces copia de experiencias extranjeras, pero son raros los que buscan fijar al profesional y los que se interesan más por la calidad que por la cantidad. En cualquier caso, los sistemas de información están preparados para el registro de actividad, *grosso modo*, de forma que es imposible conocer la población que no recibe los cuidados. Por ejemplo, podemos saber las citologías (*preventivos*) realizadas, pero no las pacientes que nunca se las han hecho; en otro ejemplo, podemos saber los pacientes atendidos, pero no los que no “cumplieron” (el “no cumplimiento” es frecuente, en torno al 30%, por las citas dilatadas en el tiempo). Además, los sistemas de información raramente “devuelven” información localmente interesante o relevante para la toma de decisiones en el centro de salud (por ejemplo, nada se sabe de las “resistencias bacterianas”, que deben ser frecuentes dado el sobreuso de los antibióticos). Hasta cierto punto, los sistemas de incentivos y los registros consiguientes, terminan convirtiéndose en mecanismos de control, en que es clave “dejar huella” y poco importa la hipocresía (“registro para cobrar, no para mejorar”). Lamentablemente, no suelen ayudar los sistemas de información a reconocer y difundir con transparencia los profesionales, los equipos y los centros que lo merecen, con lo que a veces se cae en la arbitrariedad en los incentivos.

Aparentemente los ACS controlan aspectos referentes a la utilización de servicios, pero su trabajo ha devenido más en “carteros” (hacer llegar los resultados) que en agentes sanitarios propiamente dichos. De hecho, el malestar, desasosiego e insatisfacción laboral son comunes entre los ACS. Sus quejas son repetidas y constantes, pues se sienten el último eslabón y el menos apreciado (es raro el reconocimiento a la labor de los que destacan, como sucede con los buenos profesionales de todas las categorías). Sus tareas son a veces imposibles, como la visita mensual a cada domicilio, entre 100 y 200 (se resuelve con la firma, incluso en la calle, en la acera, de “la visita” al domicilio).

La información que obtienen y tienen los ACS no se suele integrar para la atención en la historia clínica-*prontuario*, y de hecho los ACS no suelen tener permiso para escribir en la misma (no pueden, pues, sumar su visión psicosocial a la lista de problemas, en el caso de que exista, o ayudar a construir y mantener el genograma, que casi nunca existe). Por ello la adaptación “cultural” a la población es más teórica que práctica, y pueden ignorarse aspectos esenciales, como el analfabetismo de los pacientes.

Muchos ACS añoran un pasado de mayor compromiso, formación y responsabilización. Gran parte de su trabajo es ignorado, pues salvo excepciones no se recoge en forma

electrónica, ni se añade a las historias clínicas de forma que se vuelva útil. En muchos casos su profundo conocimiento de la comunidad ni se tiene en cuenta, ni lleva a decisiones. Y se han recortado sus capacidades, de forma que no pueden ni utilizar un simple termómetro, cuando antes seguían el crecimiento del niño sano (algunos nos mostraron orgullosos sus simples y eficaces balanzas romanas). En la mayoría de los casos carecen de medio de transporte, y tienen que desplazarse a pie; tampoco tienen instrumentos electrónicos para el registro de los datos que recolectan, ni otras tecnologías; en caso de llevar teléfono celular es de su propiedad. Su salario es el menor, y en muchos municipios reciben el salario mínimo. Por todo ello es frecuente que compatibilicen sus labores sanitarias con otras complementarias para incrementar los ingresos (venta de cosmética y similares). Con ello se cierra el círculo vicioso de su falta de autoestima y de reconocimiento.

Los Agentes de Control de Endemias hablan de las mismas dificultades que los ACS: falta de formación y capacitación permanente, escaso material para el trabajo, transporte a pie, bajo salario y dificultad para integrar sus aportaciones en el conjunto de la atención sanitaria.

Situación similar relatan los técnicos y auxiliares, que en sus salas de triaje toman la tensión, pesan y miden a todos los pacientes. En general es una actividad sin sentido, repetida hasta la náusea con los pacientes grandes utilizadores, pues no hay criterio para discriminar y hacerlo con cierta lógica. Antes de la consulta, todo paciente es tallado, pesado y se le toma la tensión arterial, haya venido una semana o tres años antes. Esta actividad es buena expresión de lo que puede llegar a ser el cumplimiento de la norma, cuando no hay flexibilidad ni autonomía profesional<sup>55</sup>.

Los gestores (gerentes, directores, o responsables, según diferentes denominaciones) de los centros de salud no suelen tener formación específica y deben su nombramiento a la adscripción política. Suelen ser enfermeros, y algunos psicólogos, asistentes sociales o administrativos; no conocimos a ninguno que fuera médico. Los gestores se integran en una organización muy autoritaria, jerárquica y centralizada, que todo quiere controlar. Los gestores tienen escasísima autonomía pues su labor es básicamente de transmisión de órdenes, y no suelen contar ni con un fondo de reserva para pequeños gastos (en la mejor situación, rara, un gestor podía gastar 150 reales mensuales en dicho apartado).

---

<sup>55</sup> Otro ejemplo de la “mecanización” de la práctica es el uso rutinario del Doppler en casi todas las visitas del embarazo, por más que esté demostrada su inutilidad: Bricker L, Neilson JP. (2000). Routine Doppler ultrasound in pregnancy. (2000). Cochrane Database Systematic Review 2:CD001450.

Los gestores, pues, no suelen gestionar, sino como mucho administrar. Los gestores suelen carecer de liderazgo y su identificación con los profesionales y la comunidad es escasa o nula. De hecho, viven en una “cultura de la desconfianza”, hacia arriba y hacia abajo (expresión gráfica el muy generalizado “cierre con llave” de despachos, armarios y almacenes). Gran parte de su tiempo lo emplean en labores burocráticas, de recolección de datos que no le ayudan a tomar decisiones ajustadas a su realidad.

En los equipos, y en la ESF, hay un afán por limitar “el poder del médico”. Se percibe una tensión a favor de la Salud Colectiva, como opuesta a la atención clínica individual que lidera el médico. De hecho se nos ha dicho más de una vez que la ESF es “médico-centrada”, como expresión de ese abuso de los médicos. En realidad, las distintas categorías imponen su credo, sus límites y sus condiciones, y el sistema resulta, ciertamente, “profesional-centrado”. Lo demuestra el continuo debate sobre “¿quién?” (“¿quién tiene que hacer qué, y por qué?”), y la casi total ausencia del debate sobre “¿cómo?” (“¿cómo hacerlo para mejorar?”), que tampoco es aparentemente lo central para muchos políticos.

Hemos visto una actitud pasiva de algunos ACS frente a la “búsqueda de casos” en tuberculosis, lepra y dengue, por ejemplo. Hemos visto paralizar el trabajo de auxiliares de enfermería y de técnicos por una huelga de enfermeros, de forma que ni se vacunaba ni se empleaba la sala de *curativos* puesto que la presencia física del enfermero es condición necesaria para el trabajo de esas otras dos categorías. Hemos visto vaciarse las farmacias de antibióticos por una nueva normativa que exige la presencia física de los farmacéuticos para que las farmacias puedan dispensar antibióticos; razones similares se emplean para justificar las carencias de morfina, y en muchos casos de psicofármacos (los farmacias de los centros de salud suelen carecer de psicofármacos, que los pacientes y sus familiares tienen que ir a recoger a farmacias de otros centros con farmacéutico, a veces muy alejadas; en algún caso se nos comentó que era una forma de disuadir para su utilización abusiva, y también para evitar los hurtos por parte de los profesionales).

Muchas actividades están vetadas a los profesionales que no sean médicos, como colocar DIU, o suturar heridas, que se consideran “actos médicos”. La definición de lo que sea “acto médico” es más bien arbitraria, y muchas veces en contra de los mejores intereses de la salud de los pacientes. Por ejemplo, para lograr la toma de decisiones y acciones en lugares remotos, sin médico pero con telemedicina (el paciente puede morir si, por ejemplo, un odontólogo no está dispuesto a olvidar la legislación e intervenir en un

paciente en shock anafiláctico por picadura venenosa).

La cultura del “acto médico” se ve reforzada por una cultura del rechazo a la responsabilidad, de forma que muchos enfermeros rechazan recibir a pacientes a demanda en su despacho a solas (y fuerzan la ceremonia del *acolhimento*, o la adopción de protocolos de urgencias para Atención Primaria), colocar DIU, lavar oídos, poner sondas (orales, uretrales, y demás), suturar, desbridar úlceras, poner inyecciones de penicilina y otras actividades porque “no es función” o “no es atribución” (aprobada), o conlleva algún riesgo de reclamaciones judiciales. Así, el simple Mantoux (PPD) es prueba reservada a algunos pocos centros de referencia, habitualmente muy alejados, lo que obliga a los pacientes a desplazamientos costosos en tiempo y dinero. Algunos enfermeros todavía recuerdan que antiguamente colocaban DIU, y desde luego en las áreas rurales hay menos cuestiones “de reglamento” y mayor polivalencia. Esos enfermeros se rebelan a veces, y efectúan actos reservados a los médicos, de acuerdo con “su” médico de familia. En el caso de los equipos de Atención Primaria sin médico (lo que no es raro) los enfermeros se quejan de falta de apoyo, capacitación y formación continuada.

Estas UBSF “profesional-centradas” son poco competentes y resolutivas, de forma que se “llenan” de problemas menores y de escasa variedad, y de pacientes programados atendidos por protocolos en consultas de larga duración. En otro caso, por la falta de resolutividad, aunque logren el contacto con el centro de salud, los pacientes son “*encaminados ao*” especialistas, y mucha de la atención deviene “*ao, ao*” (un médico irónico se llamó a sí mismo “médico perro”, por el “*ao, ao, ao...*”). El paciente y sus familiares giran alrededor del sistema sanitario, y no es el sistema sanitario el que gira en torno al paciente y sus familiares. Por consecuencia, además, las colas (*filas*) para los especialistas son interminables, se alargan en el tiempo, mezclan casos importantes con naderías, e impiden que las ocupen quienes más lo necesitan, y estos también acaban en las UPA.

Hemos oído, a responsables políticos, opiniones favorables al fomento de los médicos de familia “con intereses especiales” (que dedican parte de su tiempo en el centro de salud a pacientes y cuestiones en que se “especializan”; por ejemplo, en diabetes, en cirugía menor y demás). Se busca con ello disminuir la derivación-*encaminamiento*, pero la experiencia inglesa demuestra lo contrario, y el daño a la Atención Primaria de tales

“intereses especiales”<sup>5657</sup>.

Los equipos suelen ser más orgánicos que funcionales, por el problema señalado de las atribuciones profesionales de las categorías, y también por una “cascada de incompetencia”, que traslada hasta los más mínimos problemas a los especialistas. Por ejemplo, el simple lavado para eliminar la cera del conducto auditivo externo. Se añade la falta de dotación; por ejemplo, la derivación al oftalmólogo para la simple graduación, o la derivación al neumólogo para la realización de la espirometría. La autorización para la solicitud de pruebas diagnósticas directamente por el médico de familia es muy variable, sin un mínimo común, y sin lógica que justifique la variabilidad. Con todo, hay pruebas poco populares y de dificultosa realización práctica, como el simple cultivo de orina, o las biopsias de piel.

La asignación de las familias a los equipos de las UBSF es por calles, y no hay libertad para cambiar de equipo. La ESF se implanta en zonas definidas, sin razones claras para la selección de las mismas. En las ciudades, es muy artificial la “frontera” entre una zona con una UBSF y la zona colindante, a veces sin ningún servicio de Atención Primaria. Resulta difícil explicar a la población que sigue sin cobertura los porqués de la selección, y con frecuencia sus habitantes acuden a los centros de salud de la zona cubierta creando problemas al no estar *catastrados* (no cuentan con ACS, no hay visitas de los mismos y no hay *catastro* con datos de viviendas y moradores).

La coordinación es prácticamente nula. Los pacientes van y vienen por el sistema sanitario casi sin que los profesionales se relacionen entre ellos. Es raro el informe (*contra-referencia*) de alta hospitalaria. También es raro el informe del especialista. Y más raro el informe de urgencias hospitalarias y de la UPA. En los centros de salud se ven obligados a resolver verdaderos “crucigramas vitales” para “reconstruir” la atención prestada por los especialistas, según las pruebas solicitadas, según las medicaciones indicadas, y según la información oral que aportan el paciente y los familiares. Hemos comprobado *in situ* lo que esto significa en el caso de ancianos, analfabetos y, sobre todo, pacientes que viven solos.

Hay medidas que empeoran la coordinación. Por ejemplo, aquellas que facilitan la dispensación en las farmacias de los centros de salud, o en la Farmacia Popular, de la

---

<sup>56</sup> Starfield B., Gervas J. Family Medicine should encourage its clinicians to subspecialize: negative position. En: Ideological debates in Family Medicine. Buetow SA, Kenealy TW (ed). New York: Nova Publishers; 2007. p 107-19. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/04/gpws-i-2007-book.pdf>

<sup>57</sup> Gervas J, Starfield B, Violán C, Minué S. GPs with special interests: unanswered questions.. Br J Gen Pract. 2007; 57: 912-917. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/04/innovation-2007-bjgp.pdf>

medicación prescrita por los especialistas sin que lo autorice el médico de familia. Incluso las historias clínicas electrónicas (*prontuarios electrónicos*) recogen tal posibilidad y hasta cierto punto la fomentan. Cabe imaginar los problemas de duplicación, interacción y efectos adversos del cúmulo de medicamentos que puede llegar a tomar un paciente sin que su médico de familia los controle.

Las consultas de *matriciamiento* (con los especialistas, en el centro de salud) frecuentemente sirven simplemente para la dejación de responsabilidades, de forma que el paciente pasa a depender totalmente del especialista. Es una forma de “metástasis” de los especialistas y de los hospitales. La falta de despachos y tiempo hace, además, que frecuentemente sean encuentros insatisfactorios.

La falta de coordinación tiene mayor impacto en situaciones y problemas como la salud mental (los pacientes psiquiátricos y drogadictos muchas veces son mal seguidos en Atención Primaria), los pacientes terminales (hay duplicación de servicios y se está desarrollando una red de cuidados paliativos, muchas veces dependiente de hospitales) y los pacientes con enfermedades infrecuentes (que dependen en exceso de los especialistas, sin mucho seguimiento por su médico de familia).

Son escasas las actividades de rehabilitación (y el material para las mismas). En muchos casos se limitan a trabajos en grupo, también para prevención.

El trabajo en grupo es muy popular entre los profesionales y algunos pacientes (también auto-seleccionados). Se carece de información acerca de la participación según necesidad, y del impacto en la salud de tales actividades.

El tiempo de los profesionales y de los pacientes parece el producto de menor valor en la ESF. Lo demuestran, por ejemplo, las frecuentes “acciones programáticas”, con sus días bloqueados para actividades monográficas, como el día de la hipertensión (se toma la tensión a todo el mundo, indiscriminadamente), o el día de la diabetes (se hacen glucemias sin control), o el día de la hanseniasis (se miran “manchas” a todos los pacientes), o el de la revacunación de la poliomielitis y demás. También lo demuestran las “oficinas”, reuniones en que se cierra el centro de salud y todos los profesionales dedican uno o dos días a las cuestiones que plantea la dirección. Así mismo, son casi diarias las largas reuniones de equipo, y semanales las más largas del centro de salud (a veces toda la tarde del viernes). En todo ello suele haber escaso contenido clínico y sirven de poco para fomentar el profesionalismo y la trasmisión de nuevo conocimiento científico y técnico.

Son raras las sesiones clínicas (sobre pacientes de la práctica clínica), las sesiones bibliográficas, las sesiones sobre problemas éticos y en general las actividades de formación continuada. Casi todo nuevo conocimiento llega desde “arriba” en forma de protocolos y programas, que raramente se discuten o debaten. La “distancia al poder” es enorme, hasta llegar al punto de que en algunos casos y situaciones hallamos podido percibir miedo en los profesionales (miedo de hablar libremente, o de que los superiores pudieran deducir la fuente de información sobre abusos y errores, por ejemplo).

El nivel de conocimiento de los profesionales es muy variable, pero no es frecuente la conceptualización de, por ejemplo, la longitudinalidad, la integralidad y la resolutivez. Los debates sobre profesionalidad y valores clínicos son casi inexistentes. Está casi ausente el ejercicio de la ética de la negativa y de la ética de la ignorancia. Es casi nulo el conocimiento de fuentes independientes de formación, en medicamentos y en otros campos. No existe participación clínica en la farmacovigilancia (la “tarjeta amarilla” es una desconocida para la inmensa mayoría de los profesionales). La prevención y la promoción parecen carecer de efectos adversos (por ejemplo, no hay debate alguno sobre vacunas, y escaso sobre cribado de cáncer, o sobre prevención primaria cardiovascular con estatinas). Erróneamente, la prevención y promoción de la salud se consideran características básicas de la Atención Primaria<sup>58</sup>.

La Universidad, pública y/o privada, es muchas veces la única forma de supervivir de médicos de familia comprometidos y bien formados, que abandonan total o parcialmente las UBSF para dedicarse a la docencia, muchas veces compatibilizando trabajos varios. Por otra parte, la colaboración con la Universidad lleva a los estudiantes, sobre todo de Medicina, a estos centros de salud-UBSF “centrados en la prevención”, lo que les “convenza” de que la Medicina de Familia no es una buena opción. Así, son minoría los estudiantes con los que hemos conversado que piensen elegir tal especialidad, en parte por su formación “viciada especializada” en la Facultad de Medicina, y en parte por la contra-pedagogía de su paso por centros de salud con las carencias comentadas.

También la gestión y la política atraen a médicos y enfermeras que podrían ser líderes clínicos, pero que a veces terminan siendo menospreciados por sus compañeros, al percibirlos como “vendidos al poder”. La escasa presencia de tales líderes clínicos hace

---

<sup>58</sup> Por supuesto, ni la promoción de la salud ni la prevención son características de la Atención Primaria. Para saber más: Starfield B, Gervas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la atención primaria?.. *El Médico*; 2009; 11 04 (Noviembre): 34-6. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/10/prevencion-el-medico-2009.pdf>

más difícil la recuperación del “déficit curativo” y la superación de la “minusvalía de la clínica” y del “reduccionismo clínico”.

La idea e implantación de “residencias multiprofesionales” en Atención Primaria, donde se mezclan profesionales de Enfermería con Educación Física, Psicología, Farmacia, Asistencia Social y otros carece de fundamento científico y parece que no hay estudios de investigación sobre su coste, impacto en la salud de pacientes y población y efectos a largo plazo en la organización sanitaria.

Podemos señalar algunas enfermedades y situaciones en las que es claramente ineficiente la atención, y donde se podría poner énfasis sin miedo a despilfarrar recursos. En nuestra opinión, según lo visto, en la insuficiencia cardíaca, en el asma, en el tratamiento de las infecciones en general (especialmente, de vía urinaria urinaria baja en la mujer y en las de transmisión sexual), en pacientes crónicos y terminales a domicilio, en pacientes psicóticos y con problemas mentales graves y en la certificación de la muerte-*óbito* (especialmente fuera del horario laboral).

La corrupción no se “vive” como tal. Aunque algunos centros hace *de facto* media jornada, el “robo de minutos y horas” no se vive como tal. Tampoco parece corrupción que “el viento” se lleve medicamentos. O que haya que tener cerrado con llave todo para que quede algo de material.

La confusión conceptual se expresa bien en las actividades a que se dedican con frecuencia los profesionales sanitarios en sus horas laborales, como alfabetización, clases de baile, paseos con ancianos y otras. En este sentido los centros de salud llegan a servir comidas para pobres, distribuir leche para niños y ancianos y otras muchas actividades más sociales que sanitarias. Estaría bien si al tiempo los equipos de Atención Primaria dieran respuesta apropiada a la prevención, atención curativa y rehabilitación, pero dichas actividades sociales parecen actuar, a veces, más como “válvula de escape para la mala conciencia” que de complemento a servicios sanitarios de calidad.

La confusión conceptual también se expresa en el diseño y aplicaciones de la historia clínica-*prontuario* electrónico, que muchas veces no ofrece la potencialidad de la informática, y llega a “complicar” la actividad clínica y a comprometer la coordinación.

En síntesis, los mayores errores en la implantación de la ESF son:

1. a/ La falta de desarrollo tecnológico, de gestión y científico de la ESF, anclada en un modelo para país pobre por más que hoy Brasil sea una potencia económica mundial. En sus inicios el SUS y la ESF fueron revolucionarios, y llevaron lo mejor

de la Medicina y la Salud Pública a donde más se necesitaba. Pero su desarrollo es lento y pausado, lo que contrasta con un Brasil gigante en lo económico y tecnológico. Los fundadores del SUS dotarían generosamente hoy los centros de salud y capacitarían a sus profesionales, para lograr que los problemas se resolvieran tan cerca del paciente como fuera posible. Con excepciones notables, por muchos centros de salud-UBSF parece no haber pasado el tiempo.

2. La persistencia de una “visión vertical” de programas y protocolos que compartimentan la práctica clínica, fomentan un modelo rígido y fragmentado de atención y, además, muchas veces tienen débil fundamento científico. Este modelo es muy ineficiente pues los problemas de los pacientes suelen ser en general múltiples (y familiares). Así, es absurdo dividir la actividad en parcelas, como si se pudieran separar problemas y pacientes; por ejemplo, la mujer embarazada que acuden por el programa correspondiente puede tener gripe, y venir acompañado de su hijo al que le han salido unas manchas en la espalda. Cada vez más, con el desarrollo de la sociedad y del sistema sanitario, los problemas pasan de agudos a crónicos, y de únicos a múltiples, en combinaciones siempre sorprendentes y para las que no hay mucha respuesta científica, más allá de la mejor formación de los profesionales (y de evitar el “reduccionismo clínico”).
3. El énfasis en una “visión preventivista” que conlleva el escaso desarrollo de la actividad clínica curativa (lo que incumple el principio de integralidad). Las posibilidades de la prevención son limitadas, y la prevención sin límites puede generar más problemas de los que resuelve<sup>5960</sup>. Tanto en el SUS como en la ESF se ha pensado con buena lógica en una atención integral, preventiva, curativa y reparadora, y carece de sentido una “minusvalía de la clínica” y un “déficit curativo” crónico y generalizado. Pero las funciones curativa y reparadora (rehabilitación) están escasamente representadas en las UBSF, lo que limita los problemas que se atienden a un listado escaso. Pareciera que todo se puede prevenir y que en una situación ideal se podría evitar toda enfermedad y lesión. Semejante equivocada visión no debería ser popular, por imposible.
4. La derivación (*encaminamiento*) excesiva a los especialistas y a urgencias (con las

---

<sup>59</sup> Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure?. Lancet 2008; 372: 1997-99. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/prevention-lancet-final-2008.pdf>

<sup>60</sup> Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray?. J Epidemiol Community Health 2008; 62: 580-583. <http://www.equipocesca.org/wp-content/uploads/2009/03/prevention-concept-jech-20081.pdf>

consiguientes listas de espera) por una organización en la que casi todos los profesionales hacen menos de lo que podrían. En los centros de salud debería darse respuesta a todos los problemas de salud y a todo tipo de paciente (ello implica, obviamente, la derivación al especialista y al servicio correspondiente), y en los propios centros deberían “resolverse” en torno al 90% de los problemas y casos (no necesitarían derivación ni a urgencias ni a especialistas). Los profesionales no se enfrentan a pacientes con problemas complejos, ni a pacientes complicados y difíciles, para mantener sus habilidades. El debate entre categoría es más el “¿quién?” que el “¿cómo?”, lo que lleva a una “cascada de incompetencias”. De esta forma cada profesional no “filtra” pacientes y problemas, sino transfiere responsabilidades hasta llegar a los especialistas. Por ello, a veces en las UBSF los pacientes no encuentran respuesta a problemas incluso muy comunes. El resultado final es que muchos de los pacientes *encaminados* lo son por problemas menores.

5. La “ocupación” de los centros de salud-UBSF, y en general de los servicios, por los pacientes y sanos “estables y obedientes” (capaces de cumplir las citas y rígidas normas). Dadas las dificultades de accesibilidad (con agendas poco flexibles, y en general rechazo a la demanda), y el estrecho rango de problemas atendidos, los pacientes suelen ser los mismos, los que tienen tiempo, los que tienen los problemas que se ajustan a los programas y protocolos, y sobre todo, los que cumplen y “obedecen” normas y citas. En general, estos pacientes son los que menos precisan los cuidados médicos. Con ello se cumple la Ley de Cuidados Inversos.
6. La sobreutilización rutinaria de los recursos disponibles (por ejemplo, el “triaje” por los auxiliares de todos los pacientes todas las veces que consultan, o la persistencia del uso de las salas de nebulización, o la sobreutilización de antibióticos en las cistitis, o el empleo del Doppler en todas las consultas del embarazo normal). La cultura del trabajo con protocolos y programas lleva a una situación “artificial” en que todo está regulado y parece que se pudiera evitar la incertidumbre (*incerteza*), por más que trabajar con incertidumbre sea una característica básica de la Atención Primaria. Lo que se acepta como norma se convierte en rutina, y a veces se llega a la exageración. Además de evitar la incertidumbre-*incerteza*, tales actividades programadas rutinarias “ocupan” tiempos

de trabajo, y se pierde tanto la habilidad para el control de la incertidumbre como para el manejo prudente del tiempo de consulta.

7. Una política de personal, salarios e incentivos muy variable, y que no fomenta la permanencia de los profesionales en las comunidades a las que sirven. En principio el SUS ofrece servicios gratuitos en el punto del servicio en establecimientos públicos y por profesionales asalariados que son funcionarios. Sin embargo, los funcionarios (*concurados*) empiezan a ser raros, y hay modalidades múltiples de contratación, bien por prestación de servicios, bien a través de fundaciones y empresas, bien como auto-empresarios. En la búsqueda de aparentes ahorros en salarios se consigue el desapego profesional y en muchos casos el incumplimiento de los horarios (a veces consentido, como única forma de retener “nominalmente” al médico, fundamentalmente). Este incumplimiento consentido de horarios médicos “arrastra” al resto del equipo, de forma que algunos centros de salud llegan a hacer la mitad de la carga horaria.

## RESULTADOS: ALGUNOS EJEMPLOS NEGATIVOS CONCRETOS

En un Proyecto de estas dimensiones es esperable que pase de todo, y así ha sido. El día a día de la visita se habrá podido “maquillar” con antelación en alguna ocasión, pero finalmente la realidad se impone<sup>61</sup>. Por ello esta apartado podría recoger cientos de hechos que llegan a asombrar, pero sólo expondremos los de mayor ejemplaridad. En un paisaje de luces y sombras escogeremos algunas sombras por su función “docente”.

En lo que respecta a la estructura física de los centros de salud visitados hay al menos 4 en los que los profesionales deberían negarse a trabajar, dadas las carencias y malas condiciones de conservación. Son indignos con sus paredes llenas de mohos (*mofo*), muebles escasos y rotos, ventanas con los cristales oscurecidos por la suciedad o rotos, el estado de deterioro general, los cables de la electricidad al aire libre, los aparatos y cajas inutilizables almacenados en los pasillos y sala de espera, y un aire de dejadez insuperable.

En un centro de salud el suministro del agua depende de su uso en la escuela con la que comparte manzana (*quadra*). Es una cuestión antigua, de forma que hay días en que parte del centro de salud se queda sin agua.

Al llegar por la mañana a una zona de extrema pobreza, de favelas, en donde la ciudad pierde su límites, hay fuera una inmensa cola (*fila*) de pacientes, esperando a que se abra el centro de salud para ser vistos en el día (demanda espontánea). Lamentablemente, hay dos equipos y cada uno tiene sólo dos citas (*vagas*) libres por día y turno. Serán mayoría los pacientes que tengan que ir a una UPA si quieren ser atendidos. Preguntado, el

---

<sup>61</sup> En las visitas prometimos confidencialidad, especialmente en lo que respecta a los problemas y defectos, que nunca citaríamos con datos concretos. **Pedimos perdón si se puede identificar lugar o persona al que se refiera algún ejemplo negativo (hemos evitado toda referencia geográfica o personal). Hemos intentado ser piadosos y comprensivos en las dos secciones de aspectos negativos, pero sin negar, ni ocultar los hechos.**

médico responde: “es el sistema, mi obligación son los pacientes programados y citados”. En otra ocasión, al comentar sobre las dificultades para la atención a la demanda y a las emergencias, el médico se definió como “ yo soy médico social, no médico clínico; no tengo medios para diagnosticar ni tratar, y los pacientes llegan a vivir a 5 km del centro de salud y tienen más cerca una UPA, donde siempre hay médicos y recursos”.

Es un centro de salud que atiende a unos 10.000 habitantes con 3 equipos de Atención Primaria y 3 de Odontología (hay un total de 48 profesionales). Comentamos con un médico la aglomeración en la sala de espera, al empezar el turno de tarde. Lo ve perfectamente lógico, pues es para lograr cita con él, que se da una vez al mes; además, cada día hay 4 citas (*vagas*) para la demanda espontánea.

Centro de salud con 14.000 habitantes a los que se atiende con 4 equipos de Atención Primaria, 3 de Odontología (en huelga) y un total de 56 profesionales. Vamos andando a un domicilio, con un médico de familia, una ACS y la gerente. Me llama la atención el número de niños y sobre todo de embarazadas con niños. “No hemos visto tantas mujeres embarazadas con niños en el centro”. El médico contesta: “No. Prefieren venir después del horario oficial, cuando hay atención a demanda por médicos de refuerzo. Las ven en el momento y de esta forma no pierden el tiempo para cuidar a los críos y la familia; así evitan las esperas y colas (*filas*)”.

Es una UBSF que atiende a unos 13.000 habitantes con 4 equipos de Atención Primaria, 3 de Odontología y un total de 46 profesionales. Damos un paseo por el barrio, para ir a visitar un paciente recluido en domicilio-*acamado*, pisando barro con aguas residuales (*esgoto*). La vivienda es infra-vivienda, donde vive solo un varón de 32 años, parapléjico, con incontinencia urinaria y sonda uretral permanente. Vamos una “multitud”, desde la ACS a la enfermera, auxiliar y estudiantes al médico de familia que se suma al final con un residente. El paciente acepta encantado la visita, y su hermana viene a “ayudarlo”, pues es quien habitualmente lo cuida. Se revisan las condiciones biopsicosociales. Al final el paciente se queja de vómitos. Nadie sabía que el paciente no tomaba la medicación, por vómitos continuados en los tres últimos días (es tuberculoso, con tuberculosis multirresistente).

Asistimos a una visita a domicilio, con dos ACS. La casa está limpia y bien organizada. La familia es nuclear, con dos hijos adolescentes. El marido está cuadrapléjico, con traqueotomía, y sólo se expresa a través de los movimientos parpebrales. Acepta la visita, y la mujer va contando su historia, desde el accidente hace 3 años. No hay odio ni rencor,

pero nunca ha ido a verle ni un médico ni una enfermera del centro de salud; depende de los especialistas del hospital. Su microárea es de un equipo sin médico, ni enfermera (falta la enfermera hace 6 meses; en el centro de salud hay otros dos equipos, con médico y enfermera).

Vamos a la comunidad con un médico, la enfermera y la ACS de la microárea (es un equipo sin médico, con enfermera). Estamos en la casa de una paciente de 65 años, fumadora intensa, alcohólica y diabética, recluida a domicilio (*acamada*). Se ha muerto recientemente un hijo varón que vivía con ella, de tuberculosis y lepra, de evolución rapidísima. Siguen en el domicilio otros dos hijos varones, adultos, ambos drogadictos y uno dedicado a la prostitución masculina. El estado de la casa es de tal suciedad que repugna. Apenas recibe pensión ya que tiene deudas con el banco. Lleva una semana sin hacer tratamiento, pues se le acabaron los medicamentos antidiabéticos.

Visitamos un paciente a domicilio, y damos un paseo por el microárea. A partir de un canal el ACS no cruza: “Es peligroso”, me dice. Y añade en bajo: “Tráfico de drogas, robos, violencia, falta de respeto...”.

Entrevista con el jefe de un Equipo de Control del Dengue, compuesto por un total de 12 personas, para una área de unos 6.000 habitantes. Los Agentes de Control de Endemias carecen de todo, hasta de pilas para las linternas (con las que exploran lugares, a veces mal iluminados y poco accesibles, con agua estancada en las viviendas y locales).

Una estudiante relata los domicilios que han visitado. El último caso es de una mujer de 42 años, con sífilis secundaria y afectación cerebral. Su marido tuvo hace muchos años un chancro que le trataron (“sin inyecciones”) y siguió manteniendo relaciones sin preservativo (“la cazalla-*cachaça* todo lo cura”, decía él mientras se emborrachaba y tenían sexo). Posteriormente la abandonó. Después empezó con manchas en la piel, por las que fue *encaminada* al dermatólogo, quien le trató con prednisona, por alergia. Finalmente acabó en urgencias hospitalarias, por los trastornos mentales causados por la encefalopatía sifilítica. Hay problemas para la continuidad del tratamiento en el domicilio, ya que la enfermera exige que las inyecciones de penicilina benzatina se pongan en donde se pueda tratar de inmediato un shock anafiláctico.

En un centro de salud que cubre a una zona de clase media, y algún condominio de clase alta, en la reunión de la mañana se comenta la dificultad de acceso para los ACS, pues no les abren las puertas de los edificios, o directamente los guardas de los condominios les niegan el paso.

El centro de salud es lo mínimo que se da en edificio, apenas 50 metros cuadrados. Hay dos equipos. A días alternos el despacho lo emplea el médico o la enfermera. Acompaño al médico a hacer visitas a domicilio, en un día en que no dispone del despacho. Su equipo tiene una población de 10.000 habitantes. No hay gran carga de trabajo pues todo lo que hacen es “prevención programada”, me dice. Hacemos 4 visitas, todas intrascendentes, banales, casi de cortesía. El ACS que nos acompaña lleva guantes (*luvas*) de látex: “Por el contagio...”.

Voy con un odontólogo a una visita a domicilio, un niño con parálisis cerebral, de 10 años, con catarro en estos días. La mujer está separada y tiene a otro hijo adolescente viviendo en casa. Extrema falta de higiene bucal y piezas dentales “en ruina”. El odontólogo lleva unas bolsas de comida, para ayudar a la familia. No puede cuidar de la dentadura del niño paralizado, pues “siempre está enfermo”.

Visitamos a domicilio a una joven de 15 años, en estado estuporoso desde los seis meses, por “meningitis”. Vive con sus padres, que la cuidan, y dos hermanos. El hogar está bien llevado. La madre es líder en la comunidad. Consiguió una moderna silla de ruedas (*cadeira de rodas*) en las últimas elecciones, del candidato que ganó. Antes recibía los pañales de incontinencia gratis, de un concejal (*vereador*), pero ha perdido las elecciones y ya no le manda nada.

UBSF con 3 equipos de Atención Primaria y 3 de Odontología que atienden a unos 12.000 habitantes. Caminamos entre escombros y barro con aguas residuales (*esgoto*), a un domicilio, muy cerca del centro de salud. Con la ACS y una médico de familia ajena al centro de salud (la organizadora de la visita en ese Estado). Es un paciente de 40 años, parapléjico, en silla de ruedas (*cadeira de rodas*), vive solo, con una pensión mínima, se arregla bien. La casa es muy pobre, casi de favela, pero está limpia; es un hombre culto que se interesa por las matemáticas, pese a tener formación básica. Tiene ordenador-computador y conexión a Internet, teléfono móvil-celular, televisión, radio, *geladeira* y lavadora (por contraste, la ACS lleva en la mano tan solo su cuaderno y su bolígrafo-caneta). Una prima viene una vez por semana, para ayudar y la compra. Lo que más le molesta es una úlcera crónica, desde hace dos años, que se sobreinfecta con las heces. Le hicieron cirugía plástica para reparar la úlcera, pero le dieron “alta precoz” (estuvo 4 días ingresado en el hospital) y la herida se abrió de nuevo al tener que cuidarse y cuidar de todo en casa. Nunca ha ido a verle su médico del equipo, y el paciente cree que no lo precisa: “con los especialistas del hospital me llevo muy bien, y alguna vez vienen los del

SAD, Servicio de Atención a Domicilio”. Tampoco ha ido el fisioterapeuta del centro de salud, y precisa zapatos especiales que no puede pagarse (tampoco ha ido a visitarle la asistente social).

Estamos visitando el centro de salud. No se puede utilizar el *prontuario* electrónico porque el sistema “se cae”. No es ocasional; es así desde su instalación, hace un año.

Es un centro de salud inmenso, con cuatro equipos que se distribuyen en cuatro alas del edificio, de buen diseño y conservación. En una esquina de cada sala de espera hay dos sillas ocupadas por profesionales (médico, enfermera y odontólogo en las cuatro combinaciones posibles). Las salas de espera están a rebosar, al comenzar la mañana. Delante de los profesionales se van sentando uno a uno los pacientes que acuden a demanda. Cuentan su problema a la pareja de profesionales, y estos deciden el proceso de la atención y la citación, en su caso. Todo en público, y sin la menor intimidad, ni confidencialidad.

Las relaciones entre los profesionales y los pacientes son casi de familiares, más que de amigos, sin “distancia terapéutica” alguna. Besos, abrazos, celebraciones del cumpleaños en la sala de espera, grupos de baile, salidas al campo y demás actividades dan la impresión de una relación privilegiada. En una charla sobre “salud del varón” (dedicada casi en exclusiva al cáncer de próstata y pene y a las actividades preventivas), para médicos y enfermeras de los equipos, en el debate, un médico levanta la mano y pregunta: “¿Cómo voy a hacer un tacto rectal a mi paciente sin que se ofenda?”. El público asiente y el urólogo resuelve el problema: “Está prevista la creación de centros de diagnóstico para varones, para que los médicos de familia puedan derivar a los pacientes, y evitar esa invasión de la intimidad por alguien conocido”.

Durante la visita al centro de salud, al abrir una puerta, la habitación está llena de cachivaches arrumbados. Son aparatos electrónicos, algunos todavía en sus embalajes. “No se usan. Es de un proyecto de Telessaúde que no se implantó”.

Es ya turno de tarde, y estando en la consulta con el médico entra la siguiente paciente, con molestias en una pierna. Había logrado la cita (*vaga*) acudiendo a las tres de la mañana para ser la primera de la fila.

Paso consulta con el médico, para atender la demanda de última hora de la tarde. Son dos pacientes con molestias agudas oculares, una de accidente menor y otro de dolor sin aparente causa. No hay oftalmoscopio, no hay lupa, no hay tiras de fenoltaleina, no hay colirio anestésico.

Me sorprendo al ver una conexión a Internet en el ordenador (*computador*) de una consulta. El médico me cuenta que la paga de su bolsillo, con un contrato privado con la compañía telefónica.

Es un centro docente en el que encuentro existe pulsioxímetro (dos), y también un maletín de urgencias con tubos de Guedel y laringoscopio. Hay 4 equipos y los 4 con médicos de familia, y los 4 colocan DIU. En una sala de estudio veo un microscopio. Me parece el *súmmum*. “¿Quién lo utiliza?”, pregunto para obtener más información. “Nadie. Es de “antes”. Es de una dotación antigua del centro”.

Paso consulta con la residente de Medicina de Familia y su tutora. Es en “la tarde de embarazadas”, una detrás de otra. La mujer presente tiene 18 años, y es primípara. Es la revisión de los tres meses. Se cumple el ritual de la cumplimentación de formularios varios con los resultados de los análisis y la ecografía (se la ha hecho en una “clínica popular”; “es más rápido y cuesta 30 reales”, dice la paciente). También se cumple el ritual con el Doppler. También con la medicación (ácido fólico, sulfato ferroso). No hay una sola palabra sobre la relaciones familiares, ni sobre sexo, ni sobre preocupaciones-inquietudes de la paciente. Ninguna pregunta abierta, sólo puro y duro protocolo.

En la visita, en el despacho de la gestora, al abrir un cajón (*gaveta*) de su mesa, encuentro una caja, que parece de algún aparato electrónico. Pido permiso para abrirla, y tengo ante mí una excelente máquina digital de fotografías, con un adaptador para fotografiar la retina. Es parte de un programa (nadie sabe si de Telessaúde o Telemedicina), que llegó hace 2 años, y nadie abrió, ni recibió capacitación al respecto.

Pregunto sobre el electrocardiógrafo, y orgullosamente me llevan a verlo (es de los pocos centros en que lo encuentro). Hay un despacho dedicado en exclusiva, con conexión por Internet. El aparato no permite ver el trazado, ni en la pantalla, ni en papel. Hay que esperar el informe del especialista, que está en el Hospital Universitario. Habitualmente responde en 30 minutos. No se suele enviar ningún informe clínico del paciente.

En la reunión general, comentarios sobre los beneficios de la longitudinalidad. Expone una enfermera el caso de un niño de 4 años, con reagudizaciones en fines de semana. Llegó a consultar 36 veces en urgencias, un verdadero martirio para la familia. Finalmente se descubrió que moraba justo al lado de una fábrica de tintes, y eso le afectaba cuando pasaba el fin de semana en casa. Nadie había “unido” (concatenado) los episodios de crisis de asma.

Es un centro de salud docente, con 4 equipos de Atención Primaria y 3 de Odontología.

Con 1 residente de Medicina de Familia, 3 estudiantes de Medicina, 2 residentes de Psicología, 2 residentes de Odontología y 2 residentes de Enfermería. Con una población de 5.000 habitantes. “¿Por qué tan pocos habitantes, habiendo tanto residentes que precisan ver variedad de problemas y situaciones?”, pregunto. “Pues, por eso. Por ser docente”.

Estamos en un centro de salud nuevo. Tienen electrocardiógrafo. “Está estropeado”, me cuentan cuando voy a verlo. “¿Hace cuánto tiempo?”. “Un año”, me responden, “al poco de la inauguración”.

Vamos en coche-*automóvil* desde el hotel al centro de salud. Nos llaman la atención los muchos anuncios de planes privados y de clínicas populares, y de especialistas privados. Lo comentamos con el compañero médico que conduce. “Sí, aquí los planes de salud cubren a casi la mitad de la población. Incluso los pobres se hacen planes. Conozco una familia en que reúnen lo suficiente para pagar el plan al único hijo, y nieto pues también ayudan los abuelos, y los demás van a la UBSF y/o UPA cuando lo necesitan”.

Veo en la sala de espera la señal de identificación de un desfibrilador automático. Es el primero que veo en un centro de salud. Pero el contenedor, en la pared, está vacío. Pregunto: “¿Hay desfibrilador?”. Se inicia un fuerte debate entre los que me acompañan en la visita, médico de familia y su residente, enfermera, técnico y administrativo, al que se suman otros profesionales. La mayoría opina que no hay desfibrilador. Al final la técnico logra la llave de la sala de vacunas, y en el fondo de un armario está el desfibrilador, que todos contemplan con asombro. “Es para que no lo roben”, se excusa la técnico.

Asisto a un Consejo de Salud. Hay 26 participantes, de los que 9 son usuarios-líderes de la comunidad (el resto, profesionales). Se debate durante una hora acerca de las atribuciones de los ACS y de los enfermeros. El ambiente se enrarece, pues el debate se alarga y se vuelve agrio. El secretario del Consejo sugiere que los ACS rellenen una plantilla cada día, para poder tomar una decisión. Se produce un alboroto. “¡Otro registro más!” gritan los ACS participantes. Me voy.

En el centro de salud no tienen sabanillas (*lençóis*) de un solo uso, sino de tela, que renuevan a diario. “¿Está *tercerizada* la limpieza?”, pregunto, pues es lo habitual. “No, no. Lavamos todo aquí”, responden. Me llevan al cuarto de la lavadora: “Está estropeada hace años. Lavamos a mano”.

En aquel centro de salud no había literalmente nada. Es de los pocos que carece hasta de

farmacia (hay un “botiquín” con apenas cuatro tipos de medicamentos). Sin embargo existe sala de nebulización. Bien dotada y llena de pacientes en tratamiento.

Pregunto si existe algún plan para emergencia. “No”. Pregunto si han tenido alguna emergencia o problema extraordinario en el último año. Es espeluznante el relato que sigue, de la muerte de un niño por deshidratación en el propio centro de salud. Hubo intromisión de la prensa, declaraciones sin sentido, morbo, aglomeración y tal escándalo sin control que la médico del equipo todavía no se ha recuperado.

“En este centro de salud los pacientes asisten todos a los grupos. Por ejemplo, grupos de hipertensos”. “¡Caray!” contesto, “sea enhorabuena”. “Bueno”, añade otra enfermera que asiste al diálogo, “es que si no vienen no se les dan los medicamentos”. Y reflexiona en voz alta: “Lo malo es que están deseando que acabemos y no hacen más que decir que abreviemos, que tienen prisa, que les demos los medicamentos”.

El *prontuario*, historia clínica, se emplea siempre. Pero casi nunca tiene lista de problemas. La información existe, pero “enterrada”. Con una rotación que supone hasta 6 médicos en 2 años en algunos equipos, tal carencia hace que frecuentemente los registros de cada día empiecen con un sumario de los problemas del paciente. En este caso concreto, paciente varón de 75 años con insuficiencia cardíaca, adenoma prostático, diabético y viudo reciente; hay 15 anotaciones en total en los últimos tres años del *prontuario* (papel); en seis se han “resumido” la lista de problemas y los tratamientos.

Mientras visito el centro hay una emergencia. Un paciente, conductor-*motorista*, para el camión en la calle y sale del vehículo andando con dificultad hasta la recepción del centro de salud. Se forma un revuelo y el paciente termina en la camilla de exploración de un despacho. Los síntomas son de dolor precordial con estupor. Hay oxígeno y nada más. El oxígeno dura 3 minutos (la bombona estaba casi vacía). El cuadro parece una sobredosis de anfetaminas. No hay electrocardiógrafo. Se llama de inmediato al SAMU. Tarda 30 minutos.

En la entrevista de la mañana, en un centro rural, le pregunto a la enfermera si se atrevería a dar unos puntos de sutura en caso de necesidad. Es joven y lleva en ese puesto apenas seis meses. “No”, me contesta, “no es mi misión, no estoy autorizada, ¿quiere que acabe comiendo *milho*?”. “No entiendo, respondo”. “Sí, que si usted quiere que yo acabe en prisión, *apenada*”. “No, no, ¡por Dios!” contesto escandalizado. Nadie se escandaliza cuando abandonamos el centro a las 12, para el almuerzo, y ya se cierra hasta el día siguiente (cinco horas abierto, desde las 7). Los contratos son de 40 horas.

Pregunto por el botiquín de urgencia que sé que existe en todos los centros de salud en esa ciudad (fue un proyecto de la Municipalidad, hace años). Tardan en encontrarlo. Sin abrirlo, pregunto qué contiene. “Laringoscopio y algo más, pero no sé”, contesta el médico. Lo abrimos y está espléndidamente surtido, con tubos de Guedel incluido. Nadie lo conserva, nadie difunde su uso y casi nadie sabe dónde se guarda.

Observo a la auxiliar en la sala de vacunación preparando vacunas para la tarde. Pregunto por el calendario vacunal, la actividad, los registros y demás. Todo lo hace a mano, y me enseña con orgullo plantillas y documentos varios. Me comenta la dificultad que está suponiendo la Bolsa Familia, pues uno de los documentos que se exige es la cartilla de vacunación de los niños. Hay que revacunar a muchos de todo, pues han perdido la cartilla y no se logra documentar su estado vacunal. “¡Y la volverán a perder y habrá que volver a hacerlo todo otra vez!”, comenta con gesto de desesperación.

En aquel servicio ofrecen electrocardiogramas, sin problemas. “¿Cuántos se hicieron el año pasado?”. “21.000”. “¿21.000?” pregunto (y pienso que son muchos). “¿Para una población de cuántas personas?”. “25.000” me contestan sin pestañear.

Visita a un centro de salud urbano, con 8.000 personas de población, para 3 equipos. Veo entre las vacunas ofertadas la de la rabia. “¿Hay rabia aquí?”, pregunto. “No, el último caso fue hace dos años. Es muy rara. ¡Gracias a que vacunamos!”, me contesta la auxiliar de vacunaciones. “¿Cuántas vacunas pusieron el año pasado?”, vuelvo a preguntar. “32”, como este año, a un ritmo de unas 3 por mes”, me responde.

El centro de salud es de los “normales”, sin grandes defectos ni virtudes. Es un edificio independiente, con ventanas en todas las habitaciones. Estamos en el despacho de *marcación*. Como en todos los demás, todos los cristales están pintados de blanco (no hay luz natural, pues), la pared está también pintada de blanco, no hay nada personalizado, el ventilador gira en el techo y con la luz produce un efecto estroboscópico, llega el ruido atronador de los aparatos de aire acondicionado de los otros despachos... Me siento mal.

En la visita a una UPA. El médico de guardia me enseña al final los dormitorios. Los médicos han comprado cada uno su colchón (*colchão*). También el papel y el jabón en su *sanitario*. Tiene 7 trabajos distintos.

En la reunión-entrevista al comienzo de la visita. Estamos examinando una historia clínica-*prontuario*, como casi siempre sin el listado del paciente, ni el genograma. Sugiero que se introduzcan estos dos apartados y que en ambos puedan escribir todos los

profesionales, incluyendo los ACS. “No, no... Los ACS no son personal clínico y no pueden escribir en las historias clínicas”.

## INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los éxitos y fracasos, las grandezas y miserias que reflejan nuestros datos sobre la ESF y las UBSF, son en parte esperables. Hay motivos para el orgullo, y hay motivos para el acicate, en la búsqueda de las mejoras. Es como en toda valoración de cualquier servicio sanitario: no se puede esperar acertar siempre (ni errar en todo).

Por otra parte, nuestros resultados expresan de otro modo lo que ya sabíamos<sup>62636465666768</sup>, pero nuestros datos y relatos proceden de las “entrañas” (*entranhas*) de los centros, de su “interior”, y por ello son “cercanos”, “íntimos”, “cálidos”, “vividitos”, “impactantes”, “humanos” y “conmovedores”. Son una radiografía de la realidad, una imagen dinámica y global desde dentro, con las luces y las sombras claramente delineadas, con algún gris inescrutable. Por ello son distintos y diseccionan la ESF hasta llegar a su alma. Por ello exigen más la acción, el cambio y la mejora. Por ello “duelen”.

Son resultados que no ofrecen ni peor ni mejor información, sólo distinta. Los resultados de otros estudios arrojan luz sobre la ESF y las UBSF; nuestros datos y relatos nos hacen

---

<sup>62</sup> Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a reorganização de serviços básicos da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saude Publica. 2008; 24 Suppl 1:S7-16.

<sup>63</sup> Campos GWS. Debate sobre o artigo de Conill. Cad. Saúde Pública 2008; 24 Sup 1:S7-S27.

<sup>64</sup> Lemos N. Lições aprendidas. En: Harzheim E y col. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde. Navegadorsus (nº 3). Brasília: OPS-Brasil; 2011. páginas 117.27. [http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=87&Itemid=](http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=87&Itemid=)

<sup>65</sup> Guanaia FC. Health equity in Brazil. BMJ 2010; 341:c6542

<sup>66</sup> Para una revisión sistemática reciente de los trabajos sobre evaluación de la Atención Primaria en Brasil, ver el trabajo de: Figueiredo A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: análise de concordância entre os instrumentos AMQ e PCATool no município de Curitiba, Paraná. Porto Alegre; Universidad Federal de Rio Grande; 2011. Dissertação de mestrado.

<sup>67</sup> Vanderleu LCM. Mortalidade infantil evitável e acceso a atenção à saúde no Recife, Brasil, na perspectiva dos principais atores sociais. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.

<sup>68</sup> Ana Quiroz. Cuidado no final de vida: reflexoes sobre a assistencia domiciliar em município de médio porte. Fortaleza: Universidad Federal do Ceará; 2011. Maestrado en Saúde Pública.

mirar directamente a la luz. Por eso deslumbran.

Deslumbran por escrito como nos deslumbraron a nosotros al hallarlos en las visitas. No es fácil ver en un centro de salud “normal” un Banco de Leche Materna (Brasil es una potencia mundial al respecto<sup>69</sup>) y a los pocos días hacer uno de los domicilios descritos en la sección de ejemplos negativos. No es fácil visitar un centro bien organizado y llevado, y al día siguiente otro en que se incumplen horarios con descaro. Es necesario ver todo con cierta distancia, con cierto relativismo. Conviene, pues, la lectura serena, la reflexión y el debate científico, y el evitar las emociones incontroladas. De lo que se trata es de interpretar los resultados en forma que se mejore la toma de decisiones, nada más.

Podríamos encontrar ejemplos similares, positivos y negativos, casi en cualquier país del mundo. Es mucha la falta de equidad, y mucho el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos. La orientación de los sistemas sanitarios públicos hacia la Atención Primaria no resuelve los problemas y se precisa un proceso continuo de valoración y de “ensayo-error” para mejorar la atención en forma que cambie la salud de los individuos y poblaciones (en el sentido que se pretende)<sup>70</sup>.

Los sistemas sanitarios están en cuestión en todo el mundo, tanto por el incremento del gasto como por su “rendimiento” marginal<sup>71</sup>. No basta, pues, con la simple declaración de intenciones, ni con la organización suficiente de los servicios para prevención, curación y rehabilitación, ni siquiera con un proceso correcto de atención: hay que llevar la acción hasta lograr que los recursos impacten en la salud de la población (en el sentido que se pretende)<sup>72</sup>. Por ejemplo, la dificultad persiste en cuestiones aparentemente superadas en los países desarrollados, como las infecciones; basta estudiar el uso “apropiado” de los antibióticos y de las vacunas para hacerse idea de la complejidad del reto al que se enfrentan los sistemas sanitarios.

El SUS presta servicios de Atención Primaria financiados públicamente, en edificios públicos y por profesionales funcionarios-*concurados* o contratados. Así, los médicos de los equipos de Atención Primaria están asalariados, no son profesionales independientes, ni “pequeños empresarios” dueños de los medios de producción. Es decir, el SUS es un

---

<sup>69</sup> Villanueva T. First human milk bank opens in Africa. *BMJ* 2011;343:d5179.

<sup>70</sup> Borrell F, Gené J. La atención primaria en los albores del siglo XXI. Gervas J, Pérez Fernández M. La necesaria atención primaria. *Gestión Clín Sani*. 2008;10:3-12. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/04/gcs-2008-debate-pasado-y-futuro-de-la-atencion-primaria-en-espana.pdf>

<sup>71</sup> Durán A, Kutzin J, Martín-Moreno JM and Travis P. Understanding health systems: scope, functions and objectives. En Figueras et al (eds): *Health Systems, Health and Wealth*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.

<sup>72</sup> Gervas J. Inteligencia Sanitaria y Atención Primaria. Gervas, J. [Notas clínicas]. Marzo de 2010. <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/inteligencia-sanitaria-y-atencion-primaria/>

sistema sanitario público en la financiación y en la provisión de servicios. En este sentido el SUS, respecto a la población que cubre, se parece al sistema sanitario de Portugal, España, Islandia, Finlandia y Suecia.

Si se conocen bien estos países puede esperarse una cierta homogeneidad con el SUS y la ESF, pues lo básico es el carácter de funcionario, pagado por salario, que trabaja en una organización muy jerárquica<sup>7374</sup>. Son comunes los problemas de accesibilidad, integralidad, resolutiveidad, longitudinalidad y coordinación, pues no es fácil lograr que los funcionarios se “comprometan” con la población cuando la organización está centralizada, da órdenes verticales que “fragmentan” la atención, a los profesionales y a los pacientes, es autoritaria, muy jerárquica, burocrática y distante, y valora en poco al profesional que trabaja con dignidad, ciencia, conciencia y coraje.

También orienta en la interpretación de los resultados la historia del SUS y la historia del desarrollo de la ESF, siempre lastrada por las “sospechas” de heterodoxia de una Salud Colectiva que llegó a proponer los centros de salud como “espacios de salud” (sin enfermedades ni enfermos), y que siempre vio la Medicina clínica individual como opuesta a la Salud Pública, no complementaria<sup>75</sup>. Por ello la ESF no definió el contenido clínico de la actividad de los equipos de Atención Primaria, y por ello la dotación de los centros es cuestión sin regular (y sin casi estudiar).

También es importante valorar la influencia de la OMS/OPS, cuyas ideas han lastrado los sistemas de salud de los países en desarrollo por propagar una opción vertical pobre para pobres, llena de ideología y de rechazo a una lógica alianza entre salud clínica individual y salud de la comunidad y de la población<sup>76</sup>. Sólo tardíamente la OMS ha empezado a promover actividades tan lógicas y simples como la cirugía que, por ejemplo en África puede ser tan coste-efectiva como la vacunación contra el sarampión o los suplementos de vitamina A<sup>77</sup>

---

<sup>73</sup> Pastor Sanchez R, López Miras A, Pérez Fernández M, Gervas Camacho J. Continuidad y longitudinalidad en Medicina General en cuatro países europeos. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71: 479-485. <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/continuidad-y-longitudinalidad-en-medicina-general-en-cuatro-paises-europeos/>

<sup>74</sup> Gervas, J, Pérez Fernández M, Palomo Cobos L, Pastor Sánchez, R. Veinte años de reforma de la atención primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid; Red Española de Atención Primaria: 2005. <http://www.equipoesca.org/index.php?s=palomo>

<sup>75</sup> Campos GWS. El filo de la navaja de la función de filtro: sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud. Rev Bras Epidemiol. 2005;8:477-83. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000400018&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000400018&lang=pt)

<sup>76</sup> OMS/OPAS - Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos y experiencias. Washington/DC: Publicación Científica - 519; 1990.

<sup>77</sup> Bae JY, Groen RS, Kushner AL. Surgery as a public health intervention: common misconceptions versus the truth.

Este trabajo no es un ejercicio de sadismo (ni de masoquismo). Para cambiar la realidad hay que conocerla. Cabe citar el “Informe Collings”<sup>7879</sup> como un trabajo de campo que describió lo que todos veían y nadie resumía, en la Inglaterra después de la Segunda Guerra Mundial. El texto de Collings fue una fotografía “con intención”, con ojo de médico general con experiencia clínica y formado en Salud Pública. Su trabajo fue sólo hacer evidente lo que era inadmisibile, las condiciones de trabajo de los médicos generales ingleses. El Informe Collings obtuvo el rechazo de muchos, por su dureza, pero contribuyó decisivamente al progreso de la Medicina General inglesa y del Servicio Nacional de Salud. Aspiramos a que nuestra descripción del “paisaje” de la Atención Primaria en Brasil no provoque más rechazos de los que obtuvo Collings en su tiempo. Desde luego, no hemos tenido ni tenemos afán de herir, ni de hacer daño. En cierta forma, hemos intentado ser antropólogos que estudian con respeto una realidad ajena, y de hecho nos han ayudado mucho las lecturas de un antropólogo brasileño, Da Matta<sup>8081</sup> y hemos copiado su estilo de “antropología sin hipocresía”<sup>82</sup>.

Por otra parte, en Brasil es creciente la importancia de la calidad técnica y de los derechos de los pacientes, que llegan a ser vistos al mismo nivel o por delante de la equidad<sup>83</sup>. Ello hace más relevante nuestros resultados, pues son un aldabonazo justo respecto a la calidad técnica y a los derechos de los pacientes.

Nuestros resultados tienen una gran validez interna, en el sentido de reflejar fielmente tiempos y lugares, centros y actividades, profesionales y pacientes, personas y comunidades. Lo que decimos es cierto. Ha habido consistencia entre las fuentes de información. Y hemos obtenido datos no sólo con la observación y las entrevistas, sino con la participación en las actividades, como consultas, domicilios y grupos.

Respecto a la validez externa, a la extrapolación de los resultados, es cuestión siempre en duda, tanto en la investigación cuantitativa como en la investigación cualitativa, y de hecho es un área a mejorar en general, y en todo el mundo<sup>84</sup>. En este Proyecto hemos

---

Bull WHO. 2011;89:394.

I. <sup>78</sup> Collings JS. General practice in England today: a reconnaissance. Lancet 1950;i:555–85.

<sup>79</sup> Petchey R. Collings report on general practice in England in 1950: unrecognised, pioneering piece of British social research. BMJ. 1995;311:1092. <http://www.bmj.com/content/311/6996/40.full>

<sup>80</sup> Da Matta R. O que faz brasil, Brasil? Rio de Janeiro: Rocco; 1986

<sup>81</sup> Souza J. A sociología dual de Roberto Da Matta: desobriendo nossos misterios ou sintetizando nossos auto-enganos? Rev Bras Ciencias Sociaes. 2001;16:47-67.

<sup>82</sup> Por supuesto, no hay ánimo de comparación con estos dos gigantes, ni con el inglés ni con el brasileño.

<sup>83</sup> Piola S, Vianna S, Vivas-Consuelo D. Estudio Delphi: atores sociais e tendencias do sistema de saúde brasileiro. Cad Saúde Pública. 2002;18(Supl):181-90.

<sup>84</sup> Gérvas J, Pérez Andrés C. Evaluación de las intervenciones en salud: la búsqueda del equilibrio entre la validez

tenido de continuo una evaluación independiente, la de los médicos de familia de la lista electrónica de la SBMFC y la de los profesionales ajenos al proyecto con los que comentábamos los resultados. En todos los casos sus conclusiones, de otros ámbitos geográficos, eran coincidentes. Podemos decir, pues, que la validez externa es suficiente, por más que la muestra no sea aleatoria (y si lo hubiera sido, probablemente no habríamos tenido la transparencia que hemos encontrado).

## LA UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

En síntesis, nuestros resultados demuestran que la ESF es una solución y un problema. Es una solución si se logra aplicar en la mejor formulación que hemos visto. Es un problema si bajo su nombre se ampara cualquier iniciativa, incluyendo algunas muy erróneas analizadas en este Proyecto.

La ausencia de un denominador común es un grave problema que permite la arbitrariedad y el “uso del nombre de la ESF en vano”. Algunos de los desarrollos amparados en el nombre de la ESF desacreditan al conjunto.

Nuestros resultados pueden ayudar a que la solución al problema sea la “mejor solución”, en el supuesto de que no hay respuestas simples, ni definitivas, ni universales a los problemas complejos (no hay milagros a este respecto).

El momento es bueno en Brasil, tanto por el empuje económico como por la “madurez” de los intelectuales y políticos sanitarios, además de contar con la SBMFC. La iniciativa privada se limita especialmente al acceso fácil a los especialistas y a sus métodos diagnósticos, sin ofrecer una Atención Primaria de calidad. El ejemplo de CAISS es paradigmático, pues no despliega todo el potencial de la ESF. Es decir, la iniciativa privada no sería competencia frente a una iniciativa pública del estilo canadiense, por ejemplo.

El SUS tiene que decidir si establece un sistema “doble” (*a two tier system*) en que las clases media y alta puedan optar a planes de salud y “clínicas populares” y dejar la ESF y las UBSF para solventar los problemas de los pobres, con una orientación intensa hacia la

---

interna de los resultados y la validez externa de las conclusiones. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:577-9. <http://www.equipoceca.org/uso-apropiado-de-recursos/evaluacion-de-las-intervenciones-en-salud/>

Salud Colectiva y la prevención (en la línea de lo que hemos encontrado en nuestro estudio). *De facto*, hay medidas que sugieren una opción por este sistema doble. Por ejemplo, la financiación de las actividades sanitarias que se reclaman, y obtienen, por vía judicial. Por ejemplo, la posibilidad de descontar de la declaración anual de la renta todos los gastos privados en salud.

Este sistema doble da acceso directo a los especialistas para las clases media y alta y acceso directo a la Atención Primaria para la clase baja (con las UPA y el SUMA como válvulas de escape). En general, tal sistema mantendría una Atención Primaria “básica”, de elemental, pobre y para pobres, tipo “beneficencia”. Se haga lo que se haga, una ESF sólo para pobres termina siendo una pobre ESF. Los pobres recibirían para siempre la atención peor que hemos visto en este Proyecto.

Esta opción tiene el inconveniente de elegir el modelo de los EEUU, el único país del mundo desarrollado que sólo ahora (en 2011) está empezando a construir un sistema sanitario que cubra a toda la población. Es un mal ejemplo, que ningún país desarrollado copia, con su gasto sanitario sin control, sus malos resultados sanitarios, y sus “excesos”, hasta lograr que las intervenciones médicas sean la tercera causa de muerte<sup>8586</sup>. Su gasto en salud llega al 16% del PIB y, por ejemplo, en amputaciones de extremidad inferior en diabéticos dobla la media de los países de la OCDE (36 amputaciones por 100.000 habitantes contra una media de 15).

Pero no es sólo el SUS, pues también la sociedad brasileña debería decidir si opta por un sistema sanitario público universal, al estilo de Canadá, los países europeos, Australia, Japón y Nueva Zelanda, o si prefiere un sistema dual (*a two tier system*) al estilo de los EEUU. Esta segunda opción implica menos salud, más gasto y menos Estado de Bienestar (con el corolario de más violencia). Si no hay debate público al respecto se decidirá con hechos (los presupuestos y las deducciones en las declaraciones anuales de la renta, por ejemplo). Un sistema público universal tiene impacto doble, pues mejora la salud de la población en general e incrementa el rendimiento económico de la nación considerada<sup>87</sup>.

El SUS tiene que decidir si quiere ser realmente “universal” y si quiere que Brasil tenga un sistema sanitario de cobertura universal con una Atención Primaria fuerte que cubra a

---

<sup>85</sup> [Starfield B. Is US health really the best in the world? JAMA 2000;284:483-5.   
http://www.jhsph.edu/bin/s/k/2000\\_JAMA\\_Starfield.pdf](http://www.jhsph.edu/bin/s/k/2000_JAMA_Starfield.pdf)

<sup>86</sup> OECD Data 2011. [http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html)

<sup>87</sup> Strittmatter A, Sunde U. Health and economic development. Evidence from the introduction of public health care. St Gallen: University St. Gallen; 2011. <http://bit.ly/nUQoop>

todo el país. Es fuerte la Atención Primaria que se utiliza de “puerta de entrada” para todos los problemas de salud, donde un médico de familia actúa de filtro para los especialistas, y donde un equipo multiprofesional ofrece atención polivalente, flexible y cercana (incluso en el domicilio)<sup>88</sup>. Esta Atención Primaria fuerte cumple con los fines del sistema sanitario, de evitar, tratar y paliar las enfermedades y lesiones, y de dar apoyo para morir en paz, con dignidad.

En la opción por la ESF como Atención Primaria fuerte sugeriríamos que la ESF se definiera con mayor precisión para convertirse en una estrategia Federal con un amplio denominador común, que comprometiera a todos los partidos políticos en la mejora del SUS, y que dicha ESF se expandiera hasta cubrir al 100% de la población para mantener y acrecentar la salud y la competitividad de Brasil.

Una vez exista un común denominador para todo Brasil se trata de cambiar el debate del “qué” (la ESF) al “cómo”. Pero conviene dejar claro el “qué”; hablamos de:

1. Una ESF implicada en el cumplimiento de la misión del SUS: a/ evitar, tratar y paliar las enfermedades y lesiones agudas y crónicas y b/ ayudar a bien morir (en el hospital y en el domicilio del paciente).
2. Una Atención Primaria centrada en el paciente y su familia, y en la comunidad, universal, integral (preventiva, curativa y rehabilitadora), descentralizada, que busque el cumplimiento de la equidad y con participación popular.
3. Una Atención Primaria fuerte y resolutive, muy accesible, bien dotada de tecnología, con profesionales polivalentes capaces de responder en ese nivel al 90% de las necesidades de la población. Es decir, una profunda reforma pro-contenido.
4. Un SUS en que todos los especialistas (incluso pediatras, ginecólogos y clínicos generales) trabajen como consultores de los médicos de familia, de forma que estos coordinen de forma efectiva los servicios que precisen los pacientes (con independencia del lugar y momento en que se presten) y las prescripciones de medicamentos. Es decir, un SUS en el que la Atención Primaria sea de país desarrollado (bien dotada en tecnología y ciencia, y filtro para el nivel especializado), como corresponde a un Brasil moderno. Se trata de una necesaria

---

<sup>88</sup> Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo.. Rev Bras Epidemiol 2006; 9(3): 384-400. <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/atencion-primaria-fuerte-fundamento-clinico-epidemiologico-y-social-en-los-paises-desarrollados-y-en-desarrollo/>

reforma pro-coordinación.

5. El papel social del SUS exige un “buen gobierno sanitario” que asegure el mejor uso de los recursos públicos, con transparencia, y con el fomento de la ESF (y la implantación universal de las UBSF) como forma de dar la mejor respuesta a las necesidades de la población y de los pacientes. El “buen gobierno sanitario” se define por el compromiso de publicación con transparencia de las cuentas públicas (ingresos y gastos) y de la consecución de objetivos ajustados a los valores sociales y sanitarios, así como de los logros y resultados en salud, y por el seguimiento de los principios de ética democrática, fundamentalmente equidad y eficiencia.

## **ALGÚN “CÓMO” CLAVE**

La atenta lectura de las páginas precedentes ya puede dar ideas para la acción. No obstante resumiremos las más importantes.

En el nivel institucional, fundamentalmente el Federal, pero también los Estados y Municipios, se deberían definir algunas cuestiones. Entre ellas:

1. La aceptación de una Atención Primaria “horizontal”, con actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras, tanto al individuo como a la familia y a la comunidad. Una buena salud personal y familiar redundará en una buena salud colectiva. Es hora de superar las suspicacias entre atención individual y atención colectiva.
2. Brasil es ciertamente un país continental y no conviene un “modelo único”, sino “un común denominador”. La importancia relativa del enfoque preventivo, curativo y rehabilitador, de la salud individual y de la salud colectiva, depende del entorno, de la cultura, de las necesidades en salud y de los valores sociales. La eficiencia del sistema sanitario y los derechos de los pacientes exigen la mezcla razonable (adaptada a las circunstancias) de la Salud Colectiva y de la Medicina individual,.
3. Es hora de abandonar las actividades, los programas y los protocolos “verticales”, recuperar lo mejor de ellos, y llevarlo a los centros de salud para que se *mixturen* con la respuesta a la demanda de problemas de salud, enfermedades y lesiones.
4. Conviene la intervención, el diálogo y el consenso en que prime el interés de la población para eliminar “privilegios” a las categorías profesionales, empezando por

- la redefinición del “acto médico”.
5. El propósito firme, decidido y mantenido de extender la ESF a toda la población. La tentación de “resucitar” las antiguas UBS va contra la ESF, la salud de los pacientes y el control del gasto. Lo mismo sucede con el desarrollo sin control de las UPA.
  6. La financiación suficiente y a largo plazo de la ESF. Un sistema sanitario no se construye en un día y necesita un aporte mantenido y suficiente.
  7. La exigencia de la especialidad en Medicina de Familia para trabajar en la ESF. Convienen plazos, como 5 años, y establecer planes de formación para que se puedan formar los nuevos especialistas, y para que se “reciclen” los de otras especialidades. El foco debería ser la calidad de la residencia, y el lograr la “dispersión” de los médicos (que no se concentren en las ciudades).
  8. Establecer una carrera profesional Federal que facilite la movilidad y, al tiempo, la estabilidad en el trabajo. Para fomentar la opción por la Atención Primaria convienen políticas que refuercen la opción generalista en los estudios de pregrado.
  9. Definir las condiciones mínimas de contratación, con el fomento del pago por capitación y la lista de pacientes, e incentivos para aceptar la dedicación exclusiva y para fomentar la permanencia en el mismo puesto de trabajo.
  10. Difundir conocimiento, tecnología y gestión que facilite la “seguridad del paciente”.
  11. Promover sistemas de información que permitan la “competencia referencial” en resultados de salud y uso racional de los recursos.

Respecto al seguimiento de la implantación y el éxito de la ESF, desde el punto de vista del nivel institucional, fundamentalmente el Federal, pero también los Estados y Municipios, lo clave es señalar objetivos “medibles”. Para una valoración normativa sirven tanto el “*Primary Care Assessment Tool*” (PCATool) como la “*Avaliação para Melhoria da Qualidade de Estratégia Saúde da Família*” (AMQ), por más que parezca mejor el PCATool<sup>8990</sup>.

Respecto a objetivos “medibles”, como hemos comentado, existen algunas enfermedades y situaciones en las que es claramente ineficiente la atención, y donde se podría buscar la

---

<sup>89</sup> Trindade TG. Associação entre extensão dos atributos de Atenção Primária e qualidade do manejo da Hipertensão Arterial em adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. [dissertação de mestrado]. Porto Alegre. UFRGS, 2007.

<sup>90</sup> Para una comparación entre el PCATool y la AMQ, ver el trabajo de Figueiredo A, en la nota 36.

mejora sin miedo a despilfarrar recursos. En nuestra opinión, en la insuficiencia cardíaca, en el asma, en el tratamiento de las infecciones en general (especialmente, de vía urinaria urinaria baja en la mujer y en las de transmisión sexual), pacientes crónicos y terminales a domicilio, en pacientes psicóticos y con problemas mentales graves y en la certificación de la muerte-*óbito* (especialmente fuera del horario laboral). Respecto a los indicadores, en Atención Primaria siempre convienen los generales, los que se refieren a las personas, no a las enfermedades<sup>91</sup>. Por ello, por ejemplo, más que registrar indicadores sobre insuficiencia cardíaca lo importante es contar con datos de los pacientes con insuficiencia cardíaca, y sus familias, y el proceso conjunto de su atención. Es decir, en este ejemplo, lo importante es disminuir los ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca, pero este objetivo se debería analizar en el contexto de la situación del paciente, de su familia y de la prestación de la atención (visitas a domicilio por distintos miembros del equipo, informes-*contra-referencias* de los especialistas, utilización de medicamentos apropiados, capacitación para autocuidado y demás).

En el nivel Municipal, y en el del centro de salud, se trata de ofrecer “máxima calidad, mínima cantidad, con la tecnología apropiada, en el momento oportuno, por el profesional adecuado, y tan cerca del domicilio del paciente como sea posible”. Por ejemplo, el ajuste semanal de los diuréticos por los familiares de un paciente anciano *acamado* mediante el control de su peso con una balanza en casa, con primera consulta con el ACS ante cambios no previstos. Hay algunos “cómos” importantes para lograrlo. Entre ellos:

1. El rediseño de los flujos de atención y de la propia atención. Es clave “desbloquear” el acceso, y pasar del *acolhimento* por norma, a un simple *agendamento* (una agenda abierta, para todos los profesionales, con citas-*vagas* para la demanda y para la atención programada). La atención individual es perfectamente compatible con la atención a grupos y a la comunidad.
2. Romper las “cascadas de incompetencia” para transformar en funcionales a los equipos orgánicos. Lo importante es que cada categoría se enfrente a pacientes y situaciones complejas y difíciles para su capacitación, y ello exige un “filtro” sucesivo desde el paciente hasta el médico. Exige, también, la dotación de material y la simultánea capacitación y formación continuada. Salvo excepciones, los equipos mantienen las 4.000 personas adscritas, pero se podría dar libertad de

---

<sup>91</sup> Starfield B. The hidden inequity in health care. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15. <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-10-15.pdf>

- elección de equipo al paciente (con el consiguiente pago por capitación).
3. La mejora de la “capacidad de respuesta”, que debe ser proporcional a las necesidades. Se refiere a la prevención, a la atención a problemas de salud (enfermedades y lesiones) agudos y crónicos, y a la rehabilitación. Exige prever las situaciones más frecuentes (los problemas prevalentes) y más críticos (aquellas emergencias que exigen respuesta inmediata, como catástrofes en la comunidad, o parada cardíaca en la sala de espera). Por supuesto, se precisa mucha mayor capacidad de respuesta en los centros de salud en el ámbito rural y en lugares remotos.
  4. Hacer transparente la oferta de servicios, los profesionales y los horarios. La población debe saber qué servicios se ofrecen, y cómo obtenerlos en todo caso en situaciones especiales (fuera del horario, en fines de semanas y festividades, etc).
  5. Llevar todos los servicios al domicilio, cuando así lo requiera la situación y/o el problema (incluyendo la atención a los pacientes terminales). El trabajo a domicilio es parte definitoria de la Atención Primaria y debería ser campo de trabajo diario, para problemas agudos y crónicos, y para la atención a pacientes terminales. En su caso, se deberían establecer formas que aseguren al profesional y su vehículo (y remunerar tal uso) durante la realización del trabajo a domicilio.
  6. Promover un contrato de 40 horas semanales, con seis horas diarias de atención directa a pacientes-comunidad, a demanda y programada (“*agendada*”), en el centro de salud. Como norma, en consultas “horizontales” (*mixturadas*) en que se atiende a los pacientes-familias integralmente; entre las actividades, en el caso de los médicos de familia, por ejemplo, atención a domicilio de terminales, cirugía menor (pequeña cirugía), empleo directo del ecógrafo, y otras. Las dos horas restantes diarias, para visitas a domicilio, actividades en la comunidad, formación continuada y reuniones de equipo. El objetivo es “dejar de hacer para hacer”; es decir, dejar de hacer lo prescindible y centrarse en lo efectivo y eficiente<sup>92</sup>
  7. Estimular con fuertes incentivos la dedicación exclusiva (con contratos que implicaran capacitación para la resolución de más problemas y uso más eficiente de los recursos).
  8. Fomentar la permanencia en el mismo puesto de trabajo con un complemento

---

<sup>92</sup> Casajuana J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para hacer. FMC;12:579-81. [http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/dejar\\_de\\_hacer.pdf](http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/pdf/dejar_de_hacer.pdf)

específico al respecto. Un complemento que “crece” cuando el profesional permanece en el mismo puesto, y mayor cuanto más rural-remoto sea el lugar.

9. El trabajo en áreas rurales y remotas debería verse fomentado con planes específicos que ayuden al profesional y a su familia. Por ejemplo, mayor salario, mejor dotación material en el centro de salud, mejor instalaciones de Tecnologías de Información y Comunicación, más vacaciones, apoyo para desplazamientos temporales con más posibilidades de participación en formación continuada, mayor reconocimiento académico (plazas específicas para profesores rurales en las universidades) y otros incentivos. Es básico incluir a los familiares de los profesionales, por ejemplo con reserva de plaza en la universidad y bolsas y ayudas especiales para los hijos, apoyo al cónyuge-compañero para encontrar trabajo remunerado, subvenciones para la vivienda, etc.
10. Desarrollar sistemas de información orientados a la persona, a los no usuarios y a los resultados en salud, que mejoren la toma de decisiones a nivel local, tanto de los profesionales clínicos como de los gestores.

En el nivel Municipal, en el centro de salud y sobre todo en el nivel profesional hay puntos varios, algunos “cómos” clave:

1. Los ACS precisan “recuperar” funciones e integrarse por completo en los equipos. Es decir, utilizar los *prontuarios* (en la lista de problemas, por ejemplo) y recibir formación específica, y responsabilidad, para cuestiones como control de botiquines familiares, seguimiento de *acamados*, revisión del crecimiento infantil, “búsqueda de casos”, y demás. Por supuesto, precisan medio de locomoción, sistemas portátiles electrónicos de registro y otras tecnologías adecuadas a la situación. Cuando trabajen sin médico ni enfermera precisan de planes de apoyo y formación continuada.
2. Los funcionarios administrativos de recepción pueden jugar un papel fundamental en todo las cuestiones del acceso y del *agendamiento*. El acceso es factor limitante para prestar una atención de calidad. Es imprescindible la organización de un acceso fluido y lógico, con agendas abiertas y flexibles, sin “ceremonias ni rituales” que se conviertan en barreras, y con horarios convenientes también para los trabajadores<sup>93</sup>.

---

<sup>93</sup> Son indicadores de un acceso bien organizado la ausencia de filas para lograr *vagas*, una recepción sin aglomeraciones y una sala de espera donde reina la tranquilidad.

3. Los técnicos y auxiliares deberían concentrarse en tareas para las que tienen formación, y capacitarse para dar lo máximo. Desde luego, sobran las tareas rutinarias sin sentido, como el triaje. Por ejemplo, los auxiliares y técnicos de Odontología pueden capacitarse para llevar a cabo la mayoría de las actividades preventivas.
4. Las farmacias requieren un suministro sin “faltas”. También sistemas de control que automaticen el trabajo y permitan la conexión directa con los *prontuarios* electrónicos. Su contenido debería ampliarse en lo que se refiere a las necesidades locales, y más generales, especialmente en torno al dolor y situaciones agudas. Es básica la promoción de la declaración de efectos adversos (la “tarjeta amarilla”).
5. La Odontología debería ampliar su catálogo de servicios para incluir progresivamente actividades curativas. Ello requiere capacitación, material y modificaciones de los locales en algunos casos.
6. Los enfermeros tienen formación para ampliar su campo de acción, sin las restricciones que hoy imponen las normas profesionales y la rutina. Conviene que pasen a tener capacidad de enfrentarse a la incertidumbre-*incerteza*, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente. Su papel es clave, por ejemplo, en la atención a crónicos y a terminales a domicilio. Especial apoyo requieren las enfermeras que lideran equipos sin médicos, tanto en lo que respecta a formación continuada como a responsabilización, capacitación y dotación de material y tecnología.
7. Los médicos de familia tienen capacidad para mejorar sus habilidades e incrementar su polivalencia, con fomento de las posibilidades tecnológicas diagnósticas y terapéuticas. Precisan formación continuada, capacitación, tecnología y enfrentarse a casos difíciles y complejos. Un *prontuario* electrónico bien diseñado puede ayudar en la toma de decisiones, y a ejercer apropiadamente la coordinación (*contra-referencia* de los especialistas, seguimiento de sus solicitudes diagnósticas, control e integración de sus prescripciones y demás). Es importante el aspecto de docencia en los centros, incluso no docentes, con promoción del conocimiento, de los valores y de la ética.
8. Los gestores son fundamentales para el buen funcionamiento de los centros de salud. Precisan formación y autonomía. Sus objetivos deberían ser múltiples, valorando el mejor uso de recursos no sólo hacia arriba sino sobre todo para servir

a la comunidad, y a los profesionales. Necesitan, pues, clínica en la gestión, y un sistema de información que le permitiera trabajar con los que menos reciben los servicios y más los necesitan. Lo ideal es que desarrollaran técnicas y habilidades de liderazgo, y de gestión de recursos humanos.

Respecto a la dotación de los centros de salud, la plantilla utilizada en las visitas da idea de un máximo, al que se pueden ir acercando los centros de salud según oportunidad, necesidad y lógica.

## **AGRADECIMIENTO**

Este Proyecto no hubiera nacido, ni se hubiese desarrollado, ni finalizado sin el Presidente de la SBMFC, Gustavo Gusso. No obstante, los errores y equivocaciones son nuestros, pues hemos contado con toda la libertad del mundo.

Nuestro agradecimiento a los Organizadores locales, miembros también de la SBMFC, a quienes llamamos cariñosamente “nuestros cuidadores”. Ellos ayudaron en lo científico y personal, desde la recepción en el aeropuerto (o terminal de *omnibus*) hasta la corrección de errores en este Informe-*Relatorio*.

Damos las gracias a todos los profesionales que nos han ayudado tanto en las visitas de sus propios centros como en la interpretación de los resultados. Nos ha parecido increíble su cooperación franca y desinteresada.

También agradecemos la cooperación de pacientes, familias, grupos y comunidades, a los que a veces hemos molestado sin querer, por afán de entender las cosas.

Por último, el Ministerio de Saúde financió este Proyecto. No sabemos si financió “este” Proyecto tal y como lo hemos realizado, pero esperamos que los resultados sean útiles. En todo casos hemos sido leales, y hemos empeñado lo mejor de nosotros mismos (tiempo, corazón, conocimiento y coraje) en el cumplimiento del Proyecto.

## **NOTA**

Hemos hecho un inmenso esfuerzo documental para contrastar teoría y práctica. También hemos intentado ser concisos, exactos y precisos en el relato del trabajo de campo. Pero, como humanos, estamos expuestos a los errores y a los sesgos, por más que hayamos dedicado unas 1.008 horas al proyecto (entre el trabajo de campo y la redacción de notas, resúmenes y este texto).

Agradeceríamos del lector/a inteligente los comentarios, correcciones y sugerencias que puedan mejorar el texto (a [jgervasc@meditex](mailto:jgervasc@meditex) y [mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com) ).

## **ACRÓNIMOS**

ACS Agente Comunitario de Salud

AMQ Avaliação para Melhoria da Qualidade de Estratégia Saúde da Família

AP Atención Primaria

CASSI Caja de Asistencia a los Funcionarios, Banco de Brasil

CRAS Centro de Referencia de Asistencia Social

DIU Dispositivo Intra-Uterino

EEUU Estados Unidos de América del Norte

EPOC Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ESF Estrategia de Salud de Familia

MIPSE Mortalidad y Morbilidad Innesesariamente Prematuras y Sanitariamente Evitables

NASF Núcleo de Apoyo a la Salud de Familia

NAPI Núcleo de Apoyo de Prácticas Integrativas

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de Salud

PACS Programa de Agentes Comunitarios de Salud  
PCATool Primary Care Assessment Tool  
PNAP Política Nacional de Atención Primaria  
PPD Prueba de la Tuberculina, de Mantoux  
SAD Servicio de Atención a Domicilio  
SAMU Servicios de Atención Móvil de Urgencia  
SBMC Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad  
SUS Sistema Único de Salud  
UBS Unidad Básica de Salud  
UBSF Unidad Básica de Salud de Familia  
UPA Unidad de Pronto Atendimento  
USM Unidad de Salud Mental