

¿CÓMO CONSTRUIR UNA ATENCIÓN PRIMARIA FUERTE EN BRASIL?

RESUMEN TÉCNICO PARA POLÍTICOS, GESTORES Y PROFESIONALES SANITARIOS CON RESPONSABILIDADES EN ORGANIZACIÓN Y DOCENCIA

DEL INFORME DE:

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) en entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano en Brasil, a llevar a cabo a través de la visita a Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF), con médicos líderes y/o tutores

Juan Gérvas¹ y Mercedes Pérez Fernández²

Médicos generales, Equipo CESCA, Madrid, España

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 y curativa a problemas agudos y crónicos, en los centros de la salud y en la comunidad, con actividades programadas y a demanda. 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.

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)³. Pero, ¿ha logrado la ESF todos los fines que se proponía? Y si no lo ha logrado, ¿cómo conseguirlo?

¹ 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 www.equipoCESCA.org

² 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

³ 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

En este Proyecto se ha valorado la Estrategia de Salud de Familia y se hacen propuestas de mejora de la misma a partir del trabajo teórico general y de campo en Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF), con médicos líderes y/o tutores, en entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano en Brasil.

ACERCA DEL PROYECTO

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. 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 la población. Se observó, pues, el trabajo de médicos, farmacéuticos, psicólogos, odontólogos, enfermeros, técnicos auxiliares, recepcionistas, nutricionistas, trabajador social, 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 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.

Es objetivo general del proyecto ayudar a que los médicos clínicos líderes y/o tutores (preceptores) 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.

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 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 sanitarios (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, especialmente 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.

MATERIAL Y MÉTODOS

La iniciativa partió 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 las visitas, el alojamiento y el transporte. La SBMFC está comprometida con el avance de la ESF como mejor respuesta a los problemas de salud de la población brasileña.

Este 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 jgervasc@meditex.es y a mpf1945@gmail.com].

El trabajo de campo supuso la visita de 70 centros de salud, generalmente aquellas en que se aplica la Estrategia de Salud de Familia, las 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) anexas, centros del modelo antiguo con acceso directo a pediatra, ginecólogo y clínico general, y otras cinco con Unidad de Pronto Atendimento, para emergencias y atención fuera de horario], durante una media de siete horas por Unidad. Del total, 11 UBSF 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 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 situarse en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano.

Se visitaron 19 Estados de Brasil (Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo y Sergipe).

Se realizaron 22 desplazamientos (tres en autobús, 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 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 gerentes 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 7.000 fotografías de las Unidades y de su personal.

Se dieron 32 conferencias (palestras) y talleres, la mayoría en las distintas universidades, y se celebraron dos cenas-seminarios, con políticos, gestores y médicos con práctica clínica, además de tener encuentros con nueve 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 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). También mediante la participación continuada en los debates en la lista electrónica de la SBMFC, muchos generados al comentar algunos de los resultados del trabajo de campo del Proyecto.

HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES: PUNTOS CLAVE

1. La visita ha permitido constatar que la Estrategia de Salud de Familia (ESF) de Brasil ha sido y es una Estrategia acertada.
2. 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.

3. 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, muchas 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.
4. 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”), 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, y e/ la ausencia de una política de fomento del trabajo

con dedicación exclusiva.

5. 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 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.
6. La ESF definida con un modelo común federal implicaría el desarrollo de a/ una Atención Primaria centrada en el paciente 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 (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.
7. 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.
8. Las necesidades del paciente se convierten en el centro en torno a las que se organizan los servicios. Las UBSF y el SUS deberían organizarse y “centrarse” en el paciente, y no en los profesionales (y ello exige, entre otras cosas, revisar el concepto y aplicación de “acto médico” así como de las actividades “vedadas” a los distintos profesionales y toda la organización de las “categorías profesionales” y

sus atribuciones). El paciente no debería ir de servicio en servicio, sino ser el centro en torno al que giran dichos servicios; es decir, habría que evitar al máximo los desplazamientos del paciente y suministrarle el máximo de servicios en la UBSF (e incluso en el propio domicilio, en su caso), mediante tecnología apropiada y capacitación oportuna.

9. 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). Ello supone que las UBSF ofrezcan una cartera de servicios “moderna” (expuesta en la entrada del centro), que incluya por ejemplo, las vacunaciones y el seguimiento de la planificación familiar, embarazo, parto y puerperio pero también la atención a la morbilidad no aguda en menos de 48 horas, el seguimiento a domicilio de los pacientes terminales y la prestación de servicios básicos de urgencia y emergencia (desfibrilador, suturas y demás). Así mismo, se precisan planes de contingencia para eventos inusuales y para catástrofes; por ejemplo, muerte en la UBSF de paciente con infarto agudo, o explosión de gas en la comunidad.
10. Se precisa, pues, un incremento de la reforma pro-contenido (que mejore la estructura/organización, la capacitación y los contratos de los profesionales, y la tecnología de las UBSF) y una reforma pro-coordinación (que convierta a los médicos de familia y a sus equipos en los “apoderados y agentes” de los pacientes y de la comunidad, coordinadores de los servicios sanitarios, y filtro para la atención de los especialistas que actúan de consultores de los médicos de familia).
11. La reforma pro-contenido exige el incremento de la dotación tecnológica de las UBSF y la capacitación de los profesionales para el uso directo de dichos recursos. Se trata de incrementar la capacidad de respuesta diagnóstica y terapéutica de las UBSF. Así, por ejemplo, dotar y capacitar para el uso de tiras de orina, optotipos, electrocardiógrafo, espirómetro, oftalmoscopio, cámara digital para fotografía de la retina y demás y la prestación de servicios básicos como realización de la prueba de la tuberculina (PPD-Mantoux), limpieza de cera de oídos, biopsias de piel, sondaje uretral, analgesia con opiáceos, “carro de paradas” y otros. En el caso de los ACS, por ejemplo, medio de locomoción, *note-book* o similar, y dotación diagnóstica básica (*peak-flow*, termómetro, balanza y demás). A no olvidar la

dotación constante y general de agua, papel y jabón en todos los puntos de asistencia clínica y en los sanitarios (*WC*), esenciales para el simple e importante lavado de manos. También resulta imprescindible la mejora de las tecnologías de comunicación (es habitual que en los centros-UBSF exista un solo teléfono fijo y ninguno móvil-*celular*, y que haya dificultades para el acceso a Internet, incluso teniendo el centro-UBSF ordenadores-computadores).

12. La reforma pro-coordinación transfiere al médico de familia y a su equipo las responsabilidades finales en los procesos de atención. Así, por ejemplo, el control de la medicación en general, o la recepción en todos los casos del informe (contra-referencia) del especialista tras la consulta, el alta hospitalaria o la asistencia a Pronto Atendimento, o el refuerzo del papel de filtro del médico de familia.
13. Es cuestión clave el facilitar el acceso de los pacientes tanto a las UBSF como a los servicios especializados precisos. Muchas de las colas (listas) carecen de racionalidad. Las consultas de “acogimiento”-*acolhimento* en las UBSF no tienen sentido cuando se convierten en barreras para el acceso y podrían substituirse por el “*agendamento*” por los recepcionistas o ACS. Es imprescindible re-diseñar los flujos de pacientes para evitar dicha colas (filas) y asegurar la atención de las demandas no urgentes por el médico de familia-enfermera en un máximo de 48 horas, y del especialista en un máximo de un mes. Las solicitudes de pruebas complementarias (procesos diagnósticos) tendrán un plazo máximo de espera de dos semanas. Respecto a urgencias y emergencias, la atención debería ser inmediata en los centros-UBSF, según gravedad (con derivación a Pronto Atendimento en su caso). Los horarios de atendimento en las UBSF deberían ofrecer alternativas para la asistencia a los pacientes que trabajan fuera de casa.
14. Convendría mantener lo básico y fundamental de los programas y protocolos preventivos y de promoción de la salud, pero estableciendo prioridades y reduciéndolos a lo que tenga probada efectividad. Con un esquema tal que su prestación genere la menor burocracia y tenga el mayor impacto (en prevención y prevención conviene la precaución, para no transformar protocolos y programas en actividades sin sentido y sin límites). Los programas de vacunas merecen una revisión, por ejemplo, para actualizar la vacunación antitetánica (seis dosis en infancia y adolescencia y siguiente revacunación a los 65 años), o para disminuir el uso innecesario de la vacuna antirrábica.
15. En general, los programas “verticales” (de la mujer, del niño sano, de la

hipertensión, del embarazo y demás) podrían pasar a programas “horizontales”, de forma que se integrasen en la práctica clínica diaria. En todo caso, la prestación de servicios no debería ser “vertical” (una tarde para embarazos, un mañana para niños, una tarde para domicilios, una mañana para diabéticos, una tarde para Papanicolaus, etc) por la fragmentación y falta de integralidad que supone tal atención “vertical”. Se trata de fomentar una Atención Primaria “horizontal”, fuerte, que ofrezca longitudinalidad, que en una consulta resuelva múltiples problemas de salud y capaz de, por ejemplo, enfrentarse al dengue y simultáneamente al aumento de los pacientes reclusos en domicilios (*acamados*), la disminución de la natalidad, el envejecimiento de la población y la crisis de la gripe A. En general, se trata de “dejar de hacer para hacer”; es decir, pasar de una atención muy burocrática y rígida, con déficit curativo y “miedo” a la incertidumbre, a una atención flexible y polivalente, abierta a todo tipo de problemas, curativa y preventiva.

16. Los incentivos deberían ser globales en general (por ejemplo, por trabajar en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano), y sólo en casos muy concretos referirse a actividades específicas (y en estos casos, ser temporales, hasta lograr el fomento de aquellas actividades que “no gustan” a los profesionales pero logran importante efecto en la salud). Por ejemplo, para dar respuesta a la certificación de la muerte (óbito) fuera del horario laboral (un problema grave para la población pobre); o para promover el trabajo a domicilio (por ejemplo, pago de un seguro colectivo para los profesionales y sus vehículos por accidentes durante esta actividad, y/o financiación del uso del propio medio de locomoción). En todo caso, los sistemas de información que sustentan los incentivos y la “productividad” deberían girar de la cantidad a la calidad, y del proceso al resultado. Por ejemplo, lo importante no es el número de citologías (Papanicolau) realizadas, sino el hacerlas a las mujeres que más lo necesitan, y comprobar que ello se asocia a una disminución de la mortalidad por cáncer de cuello de útero. Los sistemas de información orientados a resultados y en la calidad deberían incluir a las medicinas suplementarias, para valorar su efectividad y eficiencia.
17. 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 para encontrar trabajo remunerado, subvenciones para la vivienda, etc.

18. Nos parece importante mejorar las condiciones de contratación de los profesionales y fomentar su permanencia en la misma UBSF (para lograr lo mejor de la longitudinalidad, la prestación de servicios durante años por el mismo médico de familia y equipo). Para ello se podría introducir un incentivo por permanencia en la misma UBSF (un complemento creciente, por año de permanencia, que se perdería cuando se produjera el traslado a otra UBSF). También es importante el desarrollo e implantación de una “carrera profesional federal” que añada reconocimiento con el paso del tiempo y la realización eficiente del trabajo clínico y comunitario. En todo caso, en la ESF conviene cierta homogeneidad en las condiciones de contratación en todo Brasil, pues en algunos casos las condiciones son precarias y/o conllevan la tolerancia de políticos y gestores frente a actitudes reprobables (incumplimiento de horario, por ejemplo, como forma de “mantener” al médico en áreas rurales).
19. Sería fundamental que se ofreciera a los profesionales, por ejemplo médicos de familia, enfermeros, auxiliares, odontólogos, farmacéuticos, técnicos y agentes comunitarios (ACS) la dedicación exclusiva voluntaria, con un fuerte incentivo específico. En la actualidad es frecuente el trabajo en la UBSF complementado con “*plantones*” (guardias) nocturnos y otros trabajos; en algún caso extremo son hasta siete los trabajos simultáneos.
20. Quienes aceptaran el nuevo contrato de dedicación exclusiva deberían tener o recibir capacitación específica para el manejo de las situaciones más frecuentes en Atención Primaria, con prestación de servicios variados y muy accesibles, preventivos y curativos, en la UBSF y en domicilio, incluidas las urgencias y emergencias más habituales.
21. En general, el nuevo contrato exigiría cuarenta 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, 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. Es fundamental el incremento de la actividad a domicilio, tanto a demanda como programada, para que llegue a ser práctica diaria.

22. En cinco años debería ser obligatorio el título de especialista en Medicina de Familia para trabajar en la Atención Primaria del SUS (en las UBSF) y las UBSF convertirse en universales para cubrir a toda la población. En ese mismo plazo deberían desaparecer las UBS, y reducirse proporcionalmente las unidades de Pronto Atendimento.
23. La formación de los médicos de familia se puede lograr a través de la residencia en Medicina de Familia y a través de cursos de capacitación presencial y a distancia de los médicos con experiencia previa en Atención Primaria (en ambos casos, con remuneración de los médicos preceptores-tutores).
24. Los equipos de las UBSF se deberían transformar en equipos funcionales, con el traslado de conocimientos, habilidades y capacidades hasta los ACS. Se trata de que cada nivel sirva de filtro resolutivo para el nivel siguiente, de forma que al médico de familia le lleguen pacientes complicados, difíciles y complejos (y de ellos derive, “encamine”, a los pocos que precisen de los servicios diagnósticos y terapéuticos de los especialistas). Todos los miembros del equipo deberían tener una agenda abierta para citas programadas y a demanda, bien de los pacientes, bien de los otros profesionales del equipo.
25. Estos equipos funcionales, de unos nueve profesionales polivalentes y resolutivos, podrían prestar servicios a una población de 4.000 personas (incluyendo población “flotante” y de “fuera de la micro-área”).
26. Los médicos de familia con dedicación exclusiva deberían adquirir, al tiempo del nuevo contrato, una lista de pacientes (dentro del área geográfica de la UBSF, con libre elección de los pacientes) y el pago de un incentivo por capitación, en torno al 20% del salario (ajustado por edad de los pacientes, por el ámbito geográfico-urbano, rural, remoto, bajo Índice de Desarrollo Humano y, en el futuro, por carga de morbilidad de los pacientes).
27. Los médicos de familia coordinan todas las prestaciones farmacéuticas de sus pacientes (aunque hayan sido prescritas por especialistas) que no se podrán dispensar sin su autorización. De la misma manera, los médicos de familia coordinan las licencias médicas (bajas laborales) de sus pacientes. La historia

clínica electrónica (*prontuario* electrónico) sigue y facilita esta coordinación de cuidados. Se precisan mejoras básicas de las historias clínicas, tanto en papel como digitales, del tipo de la inclusión de una “lista de problemas”, que también ayudan a mejorar la coordinación.

28. Sería muy conveniente el establecimiento de la competencia referencial, lo que exige absoluta transparencia en datos sobre estructura, proceso y resultado (por ejemplo, muertes por neumonía en menores de un año, tasa de resistencias bacterianas, cobertura poblacional con el Papanicolau, amputaciones en diabéticos, tasa de rotación de médicos de familia y demás). Para ello se emplea como ejemplo a quienes ofrecen los mejores prácticas/procesos y obtienen los mejores resultados en salud, con el objetivo de transferir conocimientos (*benchmarking*). La competencia referencial se refiere a médicos de familia y sus equipos, a otros funcionarios y a UBSF, gestores, medicinas alternativas, municipalidades (Secretarías de Salud) y Estados.
29. La odontología debería incluir más servicios curativos, además de mantener los preventivos que ya se prestan (que podrían delegarse a técnicos y auxiliares). En la actualidad, la organización de los servicios odontológicos no ha logrado revertir la Ley de Cuidados Inversos (cuantos más servicios se precisan, menos se reciben) y la salud bucal es manifiestamente peor en la clase baja.
30. Es esencial la dotación y mantenimiento de las farmacias de las UBSF con fármacos variados, incluso colirio anestésico, morfina y glucagón, además de antibióticos, psicofármacos y otros. Resulta inadmisibles la carencia de medicamentos básicos en las farmacias de las UBSF. Se precisa del uso de la electrónica, de “códigos de barra” y/o microchips, para todo el flujo de información de las UBSF (desde solicitudes de análisis a derivaciones/encaminamientos) y especialmente para los medicamentos, tanto para el control del *stock*, como para la transferencia de la información de medicamentos dispensados a la historia clínica electrónica (*prontuario* electrónico), o en papel.
31. El farmacéutico tiene que asegurar la mejor prestación farmacéutica en todas las farmacias de las UBSF (por ejemplo, declaración de efectos adversos, análisis de los problemas relacionados con el medicamento, y demás), pero no es imprescindible su presencia física continua al lado de los medicamentos, ni en la UBSF. La farmacovigilancia (declaración de sospecha de efectos adversos) es área muy mejorable a través de la participación de todos los profesionales.

32. Las unidades de Pronto Atendimento deberían disminuir en número conforme aumenta la flexibilidad y capacidad de resolución de las EBSF. Además, podrían colaborar con la mejor atención a los pacientes si enviaran diariamente a cada médico de familia la relación de sus pacientes atendidos en urgencias (nombre y apellidos, edad, sexo y problema principal atendido).
33. Los gestores/autoridades/directores de las UBSF tendrían que contar con autonomía de gestión y de decisión, de forma que se practique la delegación y la confianza (para eliminar una “gestión de desconfianza”). El objetivo de los responsables de las UBSF no es tanto “dar cuenta/transmitir datos” como el mejor uso de los recursos y la mejora de la atención y de los servicios prestados a los pacientes y la comunidad. Para ello se precisa llevar la clínica a la gestión, y la gestión a la clínica (los gestores precisan centrarse en el fomento de la mejor atención preventiva y curativa, “normal” y de urgencia, en los centros y a domicilio, y los profesionales deberían ver no sólo al paciente y a la comunidad concreta sino ser conscientes de que “gestionan” la aplicación de recursos a través de la resolución de problemas, en su UBSF y en las derivaciones-encaminamientos). En general, los gestores deberían tener un estatus de independencia de la política, con una carrera profesional que les libre de los vaivenes políticos.
34. Los espacios clínicos son lugares de encuentros entre personas, y por ello deberían “humanizarse”. Es muy importante que los consultorios y salas de curas (*curativos*), y en general toda la UBSF, cambien desde su estilo frío y deshumanizado predominante a un estilo acogedor y personalizado, donde haya plantas y flores, y colores en las pinturas de las paredes, por ejemplo, y donde los profesionales y los pacientes se sientan a gusto y acogidos. Esta “humanización y personalización” no pone en peligro ninguna práctica de control de infecciones, que debería basarse en el fomento del simple e importante lavado de manos de los profesionales.
35. La actividad docente y continuada es parte esencial de una Atención Primaria fuerte. Por ello toda UBSF, incluso no docente, debería tener actividades semanales docentes, para fomentar las buenas prácticas, la difusión de conocimientos y las mejores actitudes (también en relación con problemas éticos y de valores). Estas actividades docentes a partir de la práctica clínica diaria permiten la adaptación de programas y protocolos a las necesidades locales, y pueden substituir casi en su totalidad los amplios tiempos dedicados a “reuniones”

(de Equipo, de la UBSF, de “oficinas” y demás).

36. El fomento del profesionalismo, del compromiso ético y de la implicación en los objetivos de la ESF, más los medios de control apropiados, podrían servir para disminuir la corrupción (incumplimiento de horarios, hurto de medicamentos y material, acatamiento de normas absurdas por miedo a las represalias, cobro duplicado en prestación de servicios “concertados”-*externalizados*, etc).
37. Se precisa de la creación de una mini-unidad de Inteligencia Sanitaria Federal que sea capaz de transmitir a todos los profesionales conocimientos científicos actualizados de forma simple y práctica.
38. Dado el tamaño continental de Brasil, y las muchas culturas de su población, se debería asegurar un mínimo común en toda UBSF (no un modelo único) y al tiempo fomentar la adaptación a los usos, costumbres, entornos y culturas locales.

LIMITACIONES DEL PROYECTO

La validez interna de los resultados depende en gran parte de la honradez y franqueza de los profesionales de los centros de salud-UBSF visitadas. La variedad de situaciones y entornos, y el número de profesionales entrevistados permite afirmar que los resultados son coincidentes y concluyentes.

La validez externa de los resultados depende de la representatividad de los centros-UBSF seleccionados. La muestra está sesgada en el sentido de elegir a UBSF ubicadas en entornos “difíciles”, de bajo Índice de Desarrollo Humano, lo que implica pobreza, violencia, prostitución, drogas y demás. También está sesgada en lo que respecta a la selección de UBSF docentes y/o con profesionales líderes. Sin embargo, el contraste con las UBSF no docentes visitadas permite afirmar que los resultados son homogéneos en ambos tipos. Además, al compartir los hallazgos con afiliados a la SBMFC (en la lista electrónica de la misma, y en su Congreso) hemos podido confirmar que los resultados no son “extraños”, ni insólitos.

La muestra de UBSF visitadas está sesgada hacia lo urbano y peri-urbano, y hemos podido apreciar que el profesional rural es más accesible, flexible y polivalente. Imaginamos las dificultades propias del mundo rural, sobre todo de las regiones remotas a través de los comentarios de los profesionales con experiencia personal al respecto.

Los estudios cualitativos tienen ventajas e inconvenientes y en este Proyecto hemos intentado aprovechar las primeras y evitar los segundos. Esperamos haberlo conseguido.