

Atención primaria de salud en Brasil y 40 años de *Alma-Ata*: reconocer desafíos para seguir adelante

Patty Fidelis de Almeida ¹

doi: 10.1590/0102-311X00136118

Los tres artículos que componen esta *Sección Temática* vuelven su mirada ante antiguos desafíos, persistentes desde hace tiempo, para la consolidación de la atención primaria de salud en el país. Al mismo tiempo, se efectúa una defensa sin parangón del sistema de salud público, universalmente accesible, constituido por las bases sólidas de una atención primaria de salud integral e integrada.

Con motivo de la conmemoración de los 40 años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, cuando se produjo la *Declaración de Alma-Ata*, y la incontestable expansión de la red de atención primaria en Brasil, gestionada mayoritariamente por equipos multiprofesionales que forman parte de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), Cecílio & Reis debaten sobre grandes temas pendientes, donde analizan el proyecto de una atención primaria de salud fuerte, pero todavía inconclusa: “¿qué faltaría para el éxito de esta política, para su implantación efectiva?”, nos preguntan los autores, generando un prolífico debate, a la luz de las consideraciones de Giovanella y Medina. Reconociendo las restricciones impuestas, ocasionadas por la financiación federal, incapaz de garantizar una asignación suficiente de recursos para atender con equidad las necesidades que son prioritarias en salud, así como la insuficiencia de médicos, un problema parcialmente solucionado por el Programa Más Médicos, un conjunto de aspectos sirven como un camino para una reflexión sobre nuestra atención primaria/atención básica de salud, y sus probables y posibles retrocesos, fruto de la nueva revisión de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB).

En el campo de la formulación, durante un período que se prolongó desde la PNAB 2006 a la de 2013, las políticas nacionales procuraron de forma creciente responder a problemas, con el fin de consolidar la atención primaria de salud. La PNAB 2011, por ejemplo, fortaleció la centralidad de la atención primaria de salud en la red, actualizó y amplió las funciones de los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia, reconoció las especificidades para la composición de equipos que respondieran a necesidades de las poblaciones sin techo y ribereñas, y tímidamente señaló alguna posibilidad de institucionalización de una acción intersectorial, mediante el Programa Salud en la Escuela, una de las carencias dentro de una concepción amplia de lo que significa atención primaria de salud. El Programa Nacional de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica (PMAQ-AB) y el Programa Más Médicos, que incorporó acciones del Requalifica UBS (Programa de Recalificación de

¹ Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil.



Unidades Básicas de Salud), asociado a la provisión con carácter de emergencia de médicos, y a los cambios en su formación (binomio bajo una mayor amenaza), se orientaban y convergían con el objetivo de una atención primaria de salud más fuerte. A pesar de que ambos programas son insuficientes en su capacidad de inducir cambios en el nivel local, poseían una dirección convergente con los principios solidarios del SUS (Sistema Único de Salud).

Incluso frente a problemas ampliamente reconocidos en el fortalecimiento de la atención primaria de salud, como su posición periférica dentro del sistema de salud, y la formación, además de la incorporación de trabajadores alineados con el proyecto transformador del SUS, la revisión de la PNAB de 2017 no enfrenta en absoluto tales desafíos. Por el contrario, propone grandes retrocesos hacia el pasado. Las especificidades sanitarias de los territorios se evocan para relativizar la cobertura poblacional, el establecimiento de una cartera (mínima) de servicios, así como la creación de equipos con dedicación parcial al trabajo en la atención primaria de salud, sin duda, herirá de muerte cualquier propuesta de coordinación, continuidad asistencial y vínculo, características tan apreciadas e indiscutibles en cualquier propuesta integral de atención primaria de salud.

Tal vez el mayor desajuste de la política de atención primaria de salud se encuentre entre la implementación y las necesidades de salud de la población. La formulación original prevé una atención primaria de salud de puertas abiertas, resolutive, con el fin de responder a los problemas de salud más frecuentes, donde el usuario se sienta acogido y cuidado, incluso cuando circula por otros puntos del sistema. En este asunto, se encuentra una de las caras más dramáticas del desamparo frente a la enfermedad, tratado por el conjunto de los autores y autoras, desde perspectivas que se complementan. Es cierto que la fragmentación del cuidado es un desafío para los sistemas de salud en todas partes y que las políticas y acciones están condicionadas por el modelo de protección social en salud. En países con sistemas de salud segmentados y fragmentados, como en la mayor parte de los países latinoamericanos, los problemas de ausencia de coordinación se suman a la no garantía del acceso a la retaguardia terapéutica. Como bien destaca Cecílio et al.¹ en otra publicación, la impotencia de los equipos de atención primaria de salud para garantizar la continuidad asistencial, en relación con otros niveles, mina la evaluación que los usuarios realizan de la atención primaria de salud. Al reconocer su impotencia, parten en solitario dentro de esta trayectoria.

Uno de los principales *mix* ejecutados por los usuarios en la búsqueda de cuidados -el público-privado-, ciertamente implica gastos tremendos, cuanto más graves y mayores sean las vulnerabilidades. Esta búsqueda, a veces dirigida por los propios trabajadores de salud, ante la expectativa del no acceso, y por reconocidos fallos de los sistemas regulatorios para garantizar una prioridad clínica, transparencia y atención oportuna, provocan rupturas peligrosas, muchas veces producidas intencionalmente. Además del drenaje de recursos públicos hacia el sector privado, el *mix* asistencial público-privado, generalmente en el ámbito de consultas ambulatorias y apoyo diagnóstico, introduce un grado más de fragmentación en el sistema de carácter simbólico. Los usuarios acceden a los servicios de salud por vía directa de especialistas dentro de un modelo que se distancia de la perspectiva de una atención primaria de salud integral y que funcione como guía del sistema.

Otro *mix*, igualmente perjudicial, tanto en el caso de las enfermedades crónicas, como en las demandas espontáneas no atendidas por la atención primaria de salud, es el que está compuesto por la búsqueda de la vía de acceso a urgencias y Unidades de Pronto Atención (UPAs), que componen la red de cuidados tejida por los propios usuarios. Dentro de este punto, se destaca una cuestión fundamental: la atención primaria de salud sólo será inte-

gral, si parte de redes regionalizadas, todavía por trazar, que sean efectivas y estén reconocidas por profesionales, y demás puntos de atención que componen el sistema de salud. Los procesos más autónomos de producción de cuidados sólo tendrán posibilidad de subsistir, si cuentan con garantías de acceso al SUS, en términos de calidad y oportunidad.

Ciertamente, se aboga por un mayor protagonismo del usuario. Tal vez un aspecto poco considerado en el marco normativo, e incluso por parte de las producciones relacionadas con la coordinación del cuidado se observa cada vez más el papel activo de los usuarios en la construcción de su plan terapéutico. Se perciben los éxitos y fracasos en la coordinación del cuidado desde diferentes perspectivas. Para usuarios y familias, la coordinación es cualquier actividad que colabore en garantizar sus necesidades y preferencias, así como el intercambio de información y los puntos de atención (en salud y en el territorio), con el fin de que puedan converger y el cuidado se presente de forma continua. Para los profesionales de salud, la coordinación incorpora acciones centradas en el paciente, en la familia y en el trabajo en equipo, planificadas para atender las necesidades de los usuarios, mientras les ayuda a recorrer con efectividad y eficiencia el sistema de salud². Algunas innovaciones pueden contribuir a una mejor coordinación, no obstante, la forma en la que el sistema de salud está organizado puede facilitar o impedir avances. En este sentido, se afirma que la estructura más eficiente para promover la coordinación del cuidado son sistemas de salud con una fuerte base de atención primaria de salud, donde proveedores y usuarios, conscientemente, asumen la responsabilidad de la coordinación en el recorrido terapéutico^{3,4}.

Lejos de ser una invitación al desaliento, la reflexión sobre los desafíos a los que debe enfrentarse es una afirmación de que nuestra atención primaria de salud, sobre todo en su modelo ESF, con sus contradicciones y carencias, es el camino que más nos aproximó a una formulación e implementación de una política pública de salud, sin mercantilizar, que afecta a los principios de justicia social presentes en la *Declaración de Alma-Ata*. Los desafíos a los que se debe hacer frente no disminuyen en absoluto el reconocimiento de su éxito, al convertir en concreto el SUS, en una experiencia cotidiana para los millares de usuarios que reconocen la atención primaria de salud, como una fuente regular de cuidados, como así lo demuestran diversos estudios mencionados por los autores y autoras. En tiempos no de amenazas, sino de acciones concretas e institucionales para su desmantelamiento, no existen espacios para vacíos y vacilaciones, sino para la defensa contundente de una atención primaria de salud fuerte, pilar de un sistema público de salud sostenible, eficaz, equitativo, eficiente y accesible, que es lo que debe reflejarse en la formulación e implementación de las políticas de salud.

1. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17:2893-902.
2. McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Care coordination atlas version. Rockville: AHRQ Publication; 2014.
3. Bodenheimer T. Coordinating care – a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008; 358:1064-71.
4. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, organizadores. *Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia*. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.