

BRASIL: 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

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 CESCO, Madrid, España

Fundamento 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 se cumple más cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario”). 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 construcción y dotación de las Unidades Básicas de Salud de Familia (EBSF).

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. Es frecuente la desidia, la “cultura de la queja”, el abandono profesional, la dejación de responsabilidades, la pérdida de los valores

¹ Juan Gérvas es médico general, Equipo CESCO, 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).

² Mercedes Pérez Fernández es médico general, Equipo CESCO, Madrid (España), Especialista en Medicina Interna y Presidente del Comité de Ética de la Red Española de Atención Primaria.

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.

Brasil y su sistema sanitario

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 frecuente es la clase media (C) con un 51% (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%. Tienen depuración de aguas residuales el 55% de los hogares.

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 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 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). 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 a 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 dos millones).

Existen subsistemas públicos para trabajadores y empleados de empresas como Petrobras, o el Banco de Brasil.

Hay un Sistema Único de Salud (SUS), público, fundado tras la dictadura militar, en 1988. Pese al nombre, no cubre al total de la población, por más que haya desarrollado una Red pública de centros sanitarios, con profesionales asalariados (financiación y provisión pública).

En Atención Primaria la Red del SUS tiene unas 60.000 unidades. Muchas unidades responden a una prestación 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 1993 se diseñó una Estrategia de Salud de Familia (ESF), que empezó a aplicarse casi de inmediato y se generalizó en 1998, de impulso y financiación parcial Federal (Gobierno de Brasilia) pero con control y aplicación Municipal. El objetivo era llegar a atender al 100% de la población con dicha ESF.

Las Unidades Básicas de Medicina de Familia (UBSF) llevan a cabo la Estrategia de Salud de Familia con equipos en los que hay 1 médico (idealmente especializado en Medicina de Familia, pero sólo hay en la actualidad 5.000 con tal titulación, vía MIR o examen, contra un total de 30.000 equipos), 1 enfermera, 1 auxiliar/técnico de enfermería y seis agentes comunitarios de salud (ACS). Existen 230.000 ACS en todo Brasil, pues son la base del SUS; su formación y compromiso es muy variable, y los hay capaces y resolutivos, casi únicos sanitarios en poblaciones aisladas.

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

Las UBSF cuentan con un director-gerente, que generalmente es enfermera, nunca médico. Dicho director-gerente tiene escasísima autonomía y su trabajo es predominantemente administrativo.

Las UBSF también tienen equipos de odontología, con odontólogo, auxiliar y técnico, cuyo trabajo es básicamente preventivo.

Existe una abundante "recolección de datos" 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 pues en muchos casos son datos del proceso que ni siquiera permiten 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 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 no llegó a dotarlas ni de lo más básico (en general falta desde material para sutura a morfina, desde espirómetros a electrocardiógrafos). Se entiende que las UBSF se dedican “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) y en la práctica hay dificultades para atender lo que no son sean pacientes “programados” (*agendado*) y su capacidad de resolución es muy baja.

En general, las estructuras físicas de las UBSF son suficientes, pero el ambiente y diseño es frío y despersonalizado hasta la exageración.

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).

El déficit curativo va contra el principio de integralidad del SUS (los otros principios son: universalidad, descentralización y participación popular).

Los Municipios aminoran el déficit curativo con Unidades de Pronto Atendimento, 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) a cuestiones menores como heridas y lesiones. Suelen contar con desfibrilador y carro de parada, pero su dotación es pobre (en general no hay ni oftalmoscopio ni glucagón, por ejemplo).

Las condiciones de contrato de médicos y enfermeras dependen mucho del Municipio. No existen incentivos para la dedicación exclusiva y la realización de guardias (*plantones*) en Pronto Atendimento es algo común entre los médicos de los equipos. Los salarios de los médicos son muy variables,

entre 4.000 y 12.000 reales (unos 3.500 euros de media). Las condiciones del contrato son peores cuando se “externaliza” la gestión de las UBSF, lo que no es raro.

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. Cada Municipio emplea “la marca” ESF para designar realidades muy distintas, algunas muy pobres, como en Manaus, 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” de Atención Primaria, pero es en Río de Janeiro donde se nota más la influencia de un modelo europeo (portugués).

Objetivos del proyecto

Es objetivo general del proyecto lograr 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 en los entornos con bajo Índice de Desarrollo Humano.

Son objetivos operativos:

1/ analizar la práctica clínica diaria local, con el desarrollo de una matriz de impacto entre necesidades, recursos y capacidades en el entorno analizado para mejorar su capacidad de resolución a ese nivel,

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 recoja lo esencial del proyecto, con la pretensión de su difusión para fomentar la

práctica de una actividad clínica y comunitaria de calidad en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano.

Metodología

Los dos firmantes visitarán a lo largo de dos meses unas cuarenta Unidades Básicas de Salud de Familia en entornos de bajo Índice de Desarrollo Humano, especialmente en el centro y periferia de ciudades de Brasil.

El proyecto se desarrollará en dos meses de trabajo efectivo entre la primavera y el verano de 2011.

Se preparará el trabajo de campo con el requerimiento de información previa. Se observará la organización práctica real del trabajo clínico y comunitario en un día de presencia física en la Unidad Básica de Salud de Familia, al cabo del cual se analizarán los problemas locales con los profesionales, en forma que se cumplan los cinco objetivos operativos.

De cada visita se hará un informe, para la propia Unidad Básica de Salud de Familia y para el financiador y para otras organizaciones interesadas, conservando en su caso el anonimato del centro y de los profesionales.

Se prestará apoyo posterior continuo a distancia a los profesionales de cada Unidad Básica Sanitaria visitada, durante seis meses, para lograr el cumplimiento de los objetivos locales.

Al final de la experiencia se elaborará un informe con recomendaciones prácticas locales.

Se cuenta con la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria para la resolución de los problemas de logística (traslados y demás). Dicha Sociedad es la organizadora del proyecto. Financia el Ministerio Federal de Salud.

La visita a la Unidad Básica de Salud de Familiares

La visita habitual a la UBSF es larga y pormenorizada. Suele empezar con una entrevista de hora y media a los responsables, junto a algunos “funcionarios” (y alumnos, residentes y gestores municipales, si quieren asistir).

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.

Posteriormente se comparte el trabajo de algunos funcionarios (médicos de familia, enfermeras, auxiliares, odontólogos, farmacéuticos, técnicos y ACS), en la UBSF o en domicilios de pacientes.

La visita termina 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.

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