

**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 valoración de 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 intervención en las Unidades Básicas de Salud de ESF, con médicos líderes y/o tutores. Abril, mayo y junio de 2011.*

Juan Gérvas<sup>1</sup> y Mercedes Pérez Fernández<sup>2</sup>  
Médicos generales, Equipo CESCA, Madrid, España

**UN MES Y UN DÍA EN BRASIL  
(del 12 de abril al 12 de mayo de 2011)  
VALORACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DEL PROYECTO  
SE PRECISAN MÁS Y MEJORES UNIDADES BÁSICAS DE SALUD DE  
FAMILIA (Y LA DESAPARICIÓN DE LAS UNIDADES BÁSICAS  
CLÁSICAS, Y MENOS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMIENTO).**

Elaboramos 25 propuestas provisionales que se resumen en este texto al final de un mes y un día de trabajo de campo en Brasil (y un año de trabajo preparatorio en España) y después de:

1. visitar 37 Unidades Básicas de Salud de Familia (UBSF) [con médico de familia y equipo de Atención Primaria], [cuatro de ellas, además con Unidades Básicas de Salud (UBS), del modelo antiguo con acceso directo a pediatra, ginecólogo y clínico general, y otras cuatro con Centro de Pronto Atendimento], durante una media de cinco horas por Unidad,
2. en 10 Estados de Brasil,
3. con once vuelos en un circuito con inicio y final en Sao Paulo y un total de más de 12.000 km (los 16.000 km entre Madrid y Sao Paulo aparte),
4. con anotaciones de campo en más de 700 páginas manuscritas,
5. con más de 3.000 fotografías de las Unidades y de su personal,
6. dar 12 conferencias (palestras) y talleres,
7. celebrar dos cenas-seminarios, con políticos, gestores y médicos con práctica clínica,
8. tener encuentros con dos Secretarios de Salud Municipales,
9. entrevistar en profundidad a los organizadores de las diez visitas (responsables locales/nacionales de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunitaria, y sus afiliadas estatales)
10. visitar Telesaude en Manaus, y en la misma ciudad el Consejo Regional de Medicina-Amazonia, y

---

<sup>1</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).

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

11. entrevistar a dos empresarios.

El desarrollo del propio Proyecto ha sido un acierto, pues permite evaluar *in situ*, a través del trabajo de campo<sup>3</sup>, las necesidades de mejora y adecuación a las necesidades de la ESF. Esta primera parte, del 12 de abril al 12 de mayo fue fructífera y dinámica.

Ha sido decisivo el apoyo logístico y operativo de la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC), tanto en los aspectos generales como en el trabajo del día a día. Junto a SBMFC ha sido clave el constante soporte de las Secretarías de Salud de los Municipios y, por supuesto, la financiación del Proyecto por el Gobierno Federal.

## 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. Sugeriríamos que se convirtiese en una Estrategia Federal de Estado que comprometiera a todos los partidos políticos en la mejora del Sistema Único de Salud (SUS) para mantener y acrecentar la salud y la competitividad de Brasil. Es decir, la ESF implicaría el desarrollo de **A/** una Atención Primaria centrada en el paciente y en la comunidad, universal, integral (curativa y preventiva), 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, 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, y **E/** un SUS en el que la Atención Primaria sea moderna, de país desarrollado, filtro para el nivel especializado, como corresponde a un Brasil moderno, sano y competitivo.
2. 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.

---

<sup>3</sup> 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 siete casos se compartió el almuerzo en la propia UBSF.

3. 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”.
4. Se precisa 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).
5. 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.
6. En general, los programas “verticales” (de la mujer, del niño sano, del embarazo y demás) podrían pasar a programas “horizontales”, de forma que se integrasen en la práctica clínica diaria. Se trata de fomentar una Atención Primaria fuerte, capaz de 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, por ejemplo.
7. Los incentivos deberían ser globales en general, 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).
8. 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” que añada reconocimiento con el paso del tiempo y del trabajo clínico y comunitario.

9. Sería fundamental que se ofreciera a médicos de familia, enfermeras, auxiliares, odontólogos, farmacéuticos, técnicos y agentes comunitarios (ACS) la dedicación exclusiva voluntaria, con un fuerte incentivo específico. Quienes aceptaran el nuevo contrato de dedicación exclusiva deberían tener capacitación específica para el manejo de las situaciones más frecuentes en Atención Primaria, con prestación de servicios variados y muy accesibles, en consultorio y en domicilio, incluidas las más habituales urgencias y emergencias. En general, el nuevo contrato exigiría seis horas diarias de atención directa a pacientes, a demanda y programada (“*agendada*”), en el consultorio y a domicilio. En el caso de los médicos de familia, por ejemplo, cirugía menor (pequeña cirugía), empleo directo del ecógrafo, y atención a pacientes terminales a domicilio.
10. 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 los centros de Pronto Atendimento. 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 de los médicos con experiencia previa en Atención Primaria (en ambos casos con remuneración de los médicos preceptores-tutores).
11. Es imprescindible re-diseñar los flujos de pacientes para evitar “colas” (filas) y asegurar la atención de las demandas no urgentes por el médico de familia en un máximo de 48 horas, y del especialista en un máximo de un mes. Respecto a urgencias y emergencias, la atención debería ser inmediata en la UBSF, según gravedad (con derivación a Pronto Atendimento en su caso). Las solicitudes de pruebas complementarias (procesos diagnósticos) tendrán un plazo máximo de espera de dos semanas.
12. 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.
13. 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”).

14. 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).
15. 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.
16. 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, gerentes, municipalidades (Secretarías de Salud) y Estados.
17. La odontología debería incluir más servicios curativos, además de los preventivos (que podrían delegarse a técnicos y auxiliares).
18. 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. Se precisa del uso de “códigos de barra” 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.
19. 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 el la UBSF.

20. Los centros 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).
21. Los gerentes/autoridades/directores de las UBSF tendrían que contar con autonomía de gestión y 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.
22. 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 lavado de manos de los profesionales.
23. 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).
24. Se precisa de la creación de una mini-unidad de Inteligencia Sanitaria que sea capaz de transmitir a todos los profesionales conocimientos actualizados de forma simple y práctica.
25. Dado el tamaño continental de Brasil, y las muchas culturas de su población, se debería asegurar un mínimo común en toda UBSF y al tiempo fomentar la adaptación a los usos, costumbres y culturas locales.