

CARTA ABIERTA AL DR. HÊIDER AURÉLIO PINTO
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
MINISTERIO DE SAÚDE, BRASIL

Estimado compañero:

Seguimos con interés el desarrollo de Brasil, país cuyo sistema sanitario conocimos por primera vez en 1984, y al que desde entonces hemos dedicado tiempo, en forma de lecturas y de visitas varias.

Brasil es hoy un ejemplo en el mundo, como bien se ha reconocido con la serie de textos que ha publicado la prestigiosa revista *The Lancet*, en mayo pasado. Entre los éxitos de Brasil, el desarrollo e implantación de la Estrategia de Salud de Familia (ESF), que 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^{1,2,3}. Sin embargo, la ESF necesita ser reforzada, para lograr su máxima efectividad^{4,5,6,7,8,9,10}.

Nuestro propio trabajo¹¹ señala las fortalezas y debilidades de la ESF, y la necesidad de continuar en la línea práctica de la ESF, como se formuló en la Política Nacional de Atención Primaria¹². En ese sentido celebramos la publicación del Programa Nacional de Mejoría del Acceso y la Calidad de la

¹ Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambulatory Care Manage.* 2009;32:115-22.

² Paím J, Travessos C, Almeida C, Mazinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-97.

³ Harris M. Brazil's Family Health Program *BMJ* 2010; 341:c4945

⁴ 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.

⁵ Campos GWS. Debate sobre o artigo de Conill. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 Sup 1:S7-S27.

⁶ Lemos N. Leções aprendidas. En: Harzheim E y col. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde.* Navegadores (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=

⁷ Guanaia FC. Health equity in Brazil. *BMJ* 2010; 341:c6542

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ Ana Quiroz. *Cuidado no final de vida: reflexões sobre a assistência domiciliar em município de médio porte.* Fortaleza: Universidad Federal do Ceará; 2011. Maestrado en Saúde Pública.

¹¹ Texto íntegro final del Informe sobre "Una Atención Primaria fuerte en Brasil. Cómo fortalecer la Estrategia de Salud de Familia en Brasil", 39.000 palabras, en: <http://www.equipoesca.org/?p=2481> Resumen técnico final, 6.000 palabras, en: <http://www.equipoesca.org/?p=2470> y en http://www.sbmfc.org.br/default.asp?site_Acao=MostraPagina&PaginaId=524

¹² 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

Atención Básica (PMAQ). La lectura del mismo es reconfortante, pues al tiempo señala debilidades y propone soluciones, además de mantener lo mejor de la ESF.

Sin embargo, creemos que la propuesta de indicadores para el seguimiento del PMAQ (el anexo, sin fecha) es mejorable, aunque tiene aciertos, como promover la lactancia materna, destacar la importancia del bajo peso al nacer y la relevancia del cumplimiento del calendario vacunal en los niños menores de un año, estimular la atención a demanda y urgente, y fortalecer el componente curativo general y odontológico.

Como decimos en nuestro Informe: “De acuerdo con los estudios publicados, para una valoración normativa global de la ESF, 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^{13,14}.

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”. 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 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 enfermedades¹⁵. 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”).

La importancia de los indicadores generales ha sido destacada por la Dra. Bárbara Starfield, que se cita en los dos documentos del PMAQ (y en nuestra nota 15 a pie de página).

¹³ 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.

¹⁴ Para una comparación entre el PCATool y la AMQ, ver el trabajo de Figueredo A, en la nota 8.

¹⁵ 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>

La Atención Primaria se caracteriza por considerar a la persona en su familia, comunidad y contexto cultural, y por eso su “producto” no debería medirse con indicadores puntuales, salvo excepciones^{16, 17, 18, 19}. Además, los indicadores deberían evitar el fomento de la Ley de Cuidados Inversos, y ser seleccionados según su impacto en la salud de pacientes, familias y comunidades²⁰.

En el caso de los indicadores del PMAQ bastaría, por ejemplo, con concatenar (unir) la atención pre-natal a los nacimientos con bajo peso al nacer, o con concatenar (unir) la atención a los diabéticos con alguna “complicación” de la diabetes (por ejemplo, ingreso hospitalario por coma hipoglucémico, infarto de miocardio, ceguera, amputación, diálisis), o con medir el tiempo de retraso diagnóstico en tuberculosos (días desde los primeros síntomas hasta el inicio del tratamiento).

Todo lo anterior lo decimos con el debido respeto, tanto al científico que tiene que decidir con el escaso conocimiento cierto que provee la ciencia, como al político que busca lo mejor entre lo posible.

Esperamos que esta carta, y los trabajos previos, se vean sólo como una reflexión que ayuda en la misma dirección en que trabaja ese Departamento de Atención Básica: el fortalecer los aciertos y corregir las debilidades de la ESF.

Nos despedimos con un abrazo, y pidiendo excusas por el atrevimiento de escribir y enviar esta carta.

Juan Gérvas y Mercedes Pérez Fernández

En Buitrago de Lozoya, Madrid, España.

A 25 de agosto de 2011.

¹⁶ Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care. Discrepancies, deficiencies, and excesses. Arch Intern Med. 1998; 158: 1596-1608.

¹⁷ Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. J Gen Intern Med. 1999;14:499-511.

¹⁸ O'Malley PG, O'Malley AS. Studies comparing quality of care by specialty. Valid, relevant, or neither? Arch Intern Med. 2007;167:8-9.

¹⁹ Smetana GW, Landon BE, Bindman AB, Burstin H, Davis RB, Tjia J et al. A comparison of outcomes resulting from generalists vs specialist care for a single discrete medical condition. Arch Intern Med. 2007;167:10-20.

²⁰ Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gain? J Health Serv Res. 2006;11:27-31.