

## INFORME FINAL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN BRASIL – 2011

### **La Atención Primaria Integral en Salud y la coordinación de los cuidados a los demás niveles asistenciales en Brasil**

#### **Equipo:**

Investigadora – Patty Fidelis de Almeida – Doctora e Profesora de la Universidad Federal del Recôncavo da Bahia (UFRB)

Usuario de la Investigación – Doctor Berardo Augusto Nunan – Departamento de Atención Básica de la Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de Salud. Actualmente Subsecretario de Atención Primaria a la Salud de la Secretaria de Salud del Distrito Federal – Brasilia

Tutora – Doctora Lígia Giovanella – Investigadora Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública, Fundación Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz)

### **Informe Final**

#### **1. Introducción**

En Brasil, la creación de un sistema público universal financiado con recursos fiscales estuvo directamente relacionada a las luchas de los movimientos sociales por el retorno a la democracia y por la conquista de la plena ciudadanía. Para asegurar el derecho universal a la salud fue criado el Sistema Único de Saúde (SUS) por medio de la unificación de la asistencia médica de la Seguridad Social y otros servicios públicos de salud bajo el gobierno del Ministerio de Salud en 1990.

El *Sistema Único de Saúde*, (SUS) es un servicio nacional de salud de acceso universal y financiación fiscal, basado en los principios de: i) la salud es un derecho universal e un deber del Estado, significando acceso universal a servicios de salud para todos los ciudadanos independiente de renta, clase social, etnia, ocupación y contribución; ii) descentralización para los estados y municipalidades con responsabilidades compartidas entre esferas gubernamentales y iii) participación ciudadana.

La provisión de atención primaria en salud (APS) es una responsabilidad municipal y la implementación de un nuevo modelo de APS – Estrategia Salud de la Familia (ESF) – empezó en 1998 con incentivos financieros federales y está siendo gradualmente ampliada.

La Salud de la Familia es la estrategia actual para cambiar el modelo asistencial en la atención primaria en salud en Brasil. Contempla un equipo multiprofesional con médico general, enfermero, técnico de enfermería y 5-6 agentes comunitarios de salud. Los equipos son responsables por población adscrita (en media 3000 personas) en territorio delimitado. Deben conocer y establecer vínculos con las familias de su territorio de adscripción; realizar acciones individuales y colectivas; ser el servicio de primer contacto y filtro para

una red de servicios integral e integrada e incentivar la participación social. Los equipos deben actuar en el territorio realizando diagnóstico para identificar los problemas de salud y las situaciones de riesgo en la comunidad y planear acciones e intervenciones comunitarias en articulación con otras organizaciones sociales y públicas actuando intersectorialmente para enfrentar los problemas identificados.

La implementación de la ESF proporcionó incuestionable ampliación del acceso a los servicios básicos de salud en Brasil – hoy 31,6 mil equipos son responsables por 100 millones de personas (más de 50% de la población del país) – todavía, con diferencias importantes en la implementación entre las más de 5 mil municipalidades. (Es necesario notar que el restante de la población no cubierta por ESF puede acceder a otros servicios básicos ofertados en centros de salud en el modelo tradicional de atención básica sin adscripción y equipo de referencia y también servicios de urgencia como primero contacto.)

El presente proyecto fue un desdoblamiento de estudio desarrollado en el año de 2008 que analizó la implementación de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y sus potencialidades en orientar la reorganización del SUS en Brasil en base a la APS integral. Uno de los ejes principales del estudio centró el análisis en la **coordinación de la Estrategia Salud de la Familia con los demás niveles asistenciales**, atributo esencial de una APS integral capaz de enfrentar la fragmentación de los sistemas de salud y promover la salud.

La coordinación entre los niveles asistenciales puede ser definida como la articulación entre los distintos servicios y acciones de salud relacionadas con una intervención específica de manera que, independientemente del lugar donde se prestan, estén sincronizados para alcanzar un objetivo común<sup>1,2,3,4</sup>. Esto depende de la existencia de una red integrada de proveedores de servicios de salud, de manera que las diferentes intervenciones en salud sean percibidas y experimentadas por el usuario de forma continua, adecuada a sus necesidades de cuidado y compatibles con sus expectativas personales. Por lo tanto, la coordinación entre los niveles es un atributo organizacional de los servicios de salud que se refleja en la percepción de la continuidad de la atención desde la perspectiva de los usuarios<sup>3</sup>.

En el contexto de América Latina, en lo cual históricamente concurren diferentes visiones de la APS – selectiva con canasta restringida, primer nivel de atención, estrategia para organizar el sistema de salud o para causar impacto sobre los determinantes sociales – un reciente consenso entre expertos en la Región incluye la capacidad de influir en los determinantes sociales de la salud a través del trabajo intersectorial y la coordinación de acciones entre los diferentes niveles asistenciales como componentes esenciales de una concepción integral y abarcadora.<sup>5</sup> La coordinación de la atención a la salud es un aspecto fundamental para la garantía de atención integral y para la reducción de las inequidades en el acceso a los servicios de salud, uno de los resultados deseados de la APiS (CPHC).<sup>6</sup>

En el contexto de la Convocatoria “Revitalizando la salud para todos” el presente estudio tuvo por objetivo describir y analizar el desarrollo de estrategias y herramientas de coordinación de los cuidados en municipios brasileiros con experiencias exitosas de implementación y ampliación de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) con base en dos ejes: “fortalecimiento de

la Atención Primaria a la Salud” (APS) e “integración entre niveles asistenciales”. Se partió de dos premisas. En la primera el supuesto es que los servicios de APS, por los atributos que les caracterizan, serían los más adecuados para asumir la responsabilidad de coordinar el camino terapéutico del usuario en la mayoría de los episodios de enfermedad y garantizar el derecho al acceso a servicios de salud. Para ello, es necesario construir una “APS” fuerte, capaz de movilizar el apoyo y los recursos. De este modo, nos interesó conocer las iniciativas de los municipios brasileiros para fortalecer la ESF. La segunda, premisa es que la integración de la red de servicios es un elemento necesario para la coordinación de los cuidados. Así se buscó conocer las estrategias e instrumentos desarrollados por grandes centros urbanos para integrar la ESF a los otros niveles de complejidad del sistema de salud.

## **2. Métodos**

En el contexto de una investigación nacional con financiación del Departamento de Atención Básica del Ministerio de Salud de Brasil fueron realizados cuatro estudios de caso en grandes centros urbanos con alta cobertura poblacional por equipos de Salud de la Familia (Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis y Vitória) (tabla 1), con abordajes cualitativos y cuantitativos, teniendo como fuentes de información entrevistas semi-estructuradas con gestores y encuestas con profesionales de salud y de familias adscritas realizadas en 2008 (tabla 2).

### **Técnicas de investigación y fuentes de información**

#### **Revisión Bibliográfica**

La primera etapa de la investigación, constó de levantamiento, selección y revisión bibliográfica referente al tema de la coordinación de los cuidados en salud, APS, metodologías de evaluación en APS, sistemas de atención en salud en Brasil.

#### **Análisis Documental**

Fueron levantados documentos institucionales referentes a la implementación y desarrollo de las estrategias de APS y sobre coordinación de los cuidados en Brasil. Fueron seleccionados documentos institucionales como leyes, entre otros, que tratan de los temas pertinentes al estudio, englobando el período de 2000 a 2008. Se considera que las medidas pro-coordinación ganaron énfasis, sobretodo, a partir de los años 2000, con el reavivamiento de las discusiones sobre la constitución de sistemas de salud con base en la APS y también por las demandas colocadas a los servicios de salud por las enfermedades crónicas-degenerativas.

#### **Entrevistas semi-estructuradas con gestores y gerentes de las Secretarías Municipales de Salud**

Fueron realizadas entrevistas con informantes-clave, principalmente gestores de la APS y de los otros niveles asistenciales. Como parte del estudio realizado por el Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz, fueron entrevistados de 8 a 10 informantes-clave en el ámbito de la gestión de salud en cada municipio. En todos los municipios fueron entrevistados el Secretario Municipal de Salud y el

Coordinador de la Atención Básica/PSF. Los demás entrevistados fueron gestores vinculados a la Regulación, Control y Evaluación; gestores responsables por la Atención Especializada, por la Red de Apoyo Diagnóstico y Terapia, por la Red Hospitalaria, por la Red de Urgencia y Emergencia, por las Centrales de Marcación de Consultas y por la Vigilancia en Salud, escogidos de acuerdo con la estructura administrativa de la Secretaria Municipal de Salud en cada ciudad.

### **Cuestionarios auto-aplicados para los integrantes de los Equipos de Salud de la Familia**

En la investigación realizada por el Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz fueron aplicados tres cuestionarios específicos: para los profesionales del nivel superior (médicos y enfermeras), para los asistentes de enfermería y para los agentes comunitarios de salud (ACS). Para los profesionales de salud fueron realizados censos o muestras. En las ciudades con menos de cien equipos de salud de la familia (Florianópolis y Vitória) fueron entrevistados los siguientes profesionales de salud de todos los equipos: un médico, un enfermero, un asistente de enfermería (escogido aleatoriamente si existían más de dos) y dos agentes comunitarios de salud (también escogidos aleatoriamente, sorteados de una lista en orden alfabético). En Vitória, el municipio que tiene el menor número de ESF, fueron seleccionados 3 ACS de cada equipo. Para las ciudades con cien o más equipos (Belo Horizonte y Aracaju) se calculó una muestra de equipos en cada ciudad del estudio.

### **Cuestionarios aplicados a las familias usuarias de la Estrategia SF**

En la investigación realizada por el Nupes/Daps/Ensp/Fiocruz fueron aplicados cuestionarios a una muestra de familias inscritas por el PSF, en los domicilios. El informante familiar fue el jefe de la familia o cónyuge. El plan de muestreo fue del tipo conglomerado en tres etapas de selección, a saber: equipo de la salud de la familia como unidad primaria del muestreo, agente de salud de la familia como unidad secundaria del muestreo, y como unidad elemental la familia inscrita. Para cada agente de salud seleccionado fueron entrevistadas cinco familias.

**Tabla 1 – Criterios de selección y características de los municipios caso estudiados, 2007**

<b>Criterios/ Características</b>	<b>Aracaju</b>	<b>Belo Horizonte</b>	<b>Florianópolis</b>	<b>Vitória</b>
Año de implantación PSF – Tiempo de implantación mínimo de 5 años	1998	2002	1998	1998
Cobertura poblacional PSF – > de 50%	86,7%	69,6%	71,3%	60,1%
Número de Equipos SF	127	484	84	56
Número de unidades básicas de salud	50	145	48	30
Población municipal 2007	505.286	2.399.920	406.564	317.085
Región del país	Nordeste	Sudeste	Sul	Sudeste
Municipio responsable por la gestión plena del sistema de salud	Sí	Sí	No	No

FUENTE: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso,

2008

**Tabla 2 – Encuesta con profesionales y familias por municipalidad, 2008**

<b>Cuestionarios</b>	<b>Aracaju</b>	<b>Belo Horizonte</b>	<b>Florianópolis</b>	<b>Vitória</b>	<b>Total</b>
Médicos	56	72	61	35	224
Enfermeros	66	75	70	50	261
Aux/Técnicos Enfermería	60	89	72	43	264
Agentes comunitarios de salud (ACS)	150	170	140	127	587
<i>Total de profesionales</i>	<i>332</i>	<i>406</i>	<i>343</i>	<i>255</i>	<i>1.336</i>
Familias	800	900	789	822	3.311
<b>Total</b>	<b>1.132</b>	<b>1.306</b>	<b>1.132</b>	<b>1.077</b>	<b>4.647</b>

FUENTE: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso,2008

### 3. Objetivo General

Describir y analizar el desarrollo de estrategias e instrumentos de coordinación de los cuidados desde la Atención Primaria en Salud hacia los otros niveles asistenciales en la perspectiva de familias usuarias, gestores y profesionales de salud de los equipos de Salud de la Familia.

#### Objetivos Específicos

- Comprender la posición y la prioridad dada al tema de la coordinación de los cuidados en las políticas de APS en Brasil;
- Identificar estrategias para el fortalecimiento de los servicios de APS;
- Identificar instrumentos y mecanismos de integración entre la APS y los otros niveles asistenciales;
- Elaborar recomendaciones identificando factores facilitadores y obstáculos a la coordinación de los cuidados e implementación de una Atención Primaria Integral en Salud con base en las discusiones colectivas de los resultados de la investigación.

### 4. Supuestos de investigación

- Después del período de expansión de la ESF, la integración entre la APS y los demás niveles asistenciales pasó a ser una prioridad para los municipios que alcanzaron altas coberturas.
- Solo una APS “fuerte” es capaz de asumir la coordinación de los cuidados al interior del sistema de salud.
- Los municipios que fortalecieron la APS alcanzaron mejores resultados sobre la coordinación de los cuidados en la perspectiva de la población y de los profesionales de salud.

## 5. Análisis de los resultados

Después de la conclusión de la recolección de datos en el año de 2008, fue iniciado proceso de profundización del análisis de los dos ejes seleccionados para la “Convocatoria Revitalizando la salud para todos”.

El análisis de los dos ejes “integración entre los niveles asistenciales” y “fortalecimiento de la APS” fueron concluidos y sus resultados generaron dos artículos, uno en los “Cadernos de Saúde Pública 2010; 26(2):286-298” y otro en la Revista Panamericana de Salud Pública. Los dos artículos (anexo 1 e 2) sintetizan los resultados de la investigación. Abajo se presenta un resumen de los principales resultados de la investigación.

### 5a. Retos a la coordinación de los cuidados en salud: estrategias de integración entre niveles asistenciales en cuatro grandes centros urbanos en Brasil<sup>9</sup>

Un atributo fundamental de una APS abarcadora es la adecuada integración de los servicios de APS en la red asistencial garantizando acceso a los otros niveles de complejidad. La principal característica de la APS selectiva es la restricción de la canasta de servicios a apenas algunas acciones de bajo costo situadas en el primer nivel de atención sin garantía de acceso a servicios más complejos de acuerdo con las necesidades de salud de individuos y colectividades, profundizando desigualdades sociales.

Los resultados de la investigación en los casos estudiados apuntan avances en la integración de la Salud de la Familia a la red asistencial, propiciando el fortalecimiento de los servicios de atención primaria como servicios de primer contacto de procura regular y puerta de entrada preferencial del sistema de salud (tabla 3).

**Tabla 3 – Posición de la Estrategia Salud de la Familia en la red asistencial, segundo gestores, profesionales y usuarios, cuatro grandes centros urbanos, Brasil, 2008**

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
<b>GESTORES</b>				
Porta de entrada preferencial propuesta por la gestión	EqSF	EqSF	EqSF	EqSF
Implementación de equipos ESF en los Centros de Salud preexistentes	EqSF en centros de salud	EqSF en centros de salud	EqSF en centros de salud	EqSF en centros de salud
Profesionales médicos de especialidades básicas como apoyo a equipos EqSF	Sí	Sí	Sí	Sí
Estrategias de atención a la demanda espontánea	Acogimiento y atención diaria	Acogimiento y atención diaria	Acogimiento y atención semanal	Acogimiento y atención diaria
Regionalización del sistema municipal de salud	8 regionales de salud	9 regionales de salud	5 regionales de salud	6 regionales de salud
Regionalización de servicios de pronta-atención	Parcial	Sí	Parcial	No

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
<b>Regionalización de policlínicas/ centros de especialidades</b>	Parcial	Sí	Sí	Sí
<b>USUARIOS</b>				
<b>% familias que procuran el mismo servicio de salud para asistencia o prevención de salud</b>	76,4	<b>85,0</b>	73,8	75,6
<b>% familias que indican el CS/USF como su servicio de procura regular</b>	69,6	74,6	50,3	69,2
<b>% moradores que estuvieron enfermos en los últimos 30 días atendidos en CS/USF</b>	41,1	52,4	28,1	47,8
<b>PROFESIONALES</b>				
<b>% médicos y enfermeros que concordaron con la afirmativa “La población procura primero la USF cuando necesita de atención a la salud”</b>	92,6	89,1	87,8	83,5

FUENTE: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

En las ciudades estudiadas, la integración a la red asistencial avanza con la regulación del acceso a los otros niveles con implantación de sistemas de citas electrónicos de consultas y exámenes especializados impulsando la conformación de sistema de referencia con centrales de regulación de servicios especializados y camas hospitalarias y uso de fichas clínicas electrónicas.

Diversas iniciativas como equipos profesionales de apoyo matricial, y en Telesalud, están siendo desarrolladas para mejorar la calidad y capacidad de resolución de los servicios primarios, todavía con implementación desigual por las municipalidades. Permanecen dificultades de acceso a la atención especializada con largas listas y tiempos de espera (tabla 4).

En los casos estudiados, la implementación en una perspectiva de APS más abarcadora en lo relativo a la integración del sistema de salud y acceso adecuado a las necesidades está condicionada por adaptaciones de los gobiernos locales del modelo ESF con ampliación de los recursos asistenciales y profesionales en las unidades de salud de la familia y herramientas de integración de la red asistencial.

**Tabla 4 – Indicadores de integración de la Estrategia Salud de la Familia a la red asistencial, cuatro grandes centros urbanos, Brasil, 2008**

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
<b>Herramienta de regulación de consultas especializadas</b>	TAS	SISREG	SISREG	SISREG
<b>Monitoreo de filas de espera</b>	Parcial	Local y central	Local y central	Local y central
<b>% de médicos y enfermeros que relataron existencia de central de citas para consultas especializadas</b>	90,2	99,3	89,3	92,9
<b>% de médicos que afirmaron conseguir realizar siempre/ en la mayoría de las veces el agendamiento para otros servicios</b>				
Ambulatorios de media complejidad	42,9	80,6	47,6	71,5

Indicadores	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Servicio de apoyo diagnóstico e terapia	37,5	55,5	42,7	42,9
Maternidad	57,2	86,1	75,4	74,3
Hospitalización	28,5	33,3	24,6	25,7
<b>% médicos que estimaron ser de 3 meses y más el tiempo medio de espera del paciente referenciado para consultas especializadas</b>	44,6	61,1	81,8	34,3
<b>% de médicos y enfermeros que indican entre los principales problemas para la integración: listas de espera que impiden el acceso adecuado al cuidado especializado y hospitalario</b>	81,1	91,8	91,6	89,4
<b>Implantación registro electrónicos en las USF</b>	No	Sí	Sí	No

FUENTE: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Salud da Família quatro estudos de caso, 2008

## 5b. Fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud: estrategia para alcanzar mejor coordinación de los cuidados<sup>10</sup>

Se parte de la premisa que los servicios de la APS, por los atributos que los caracterizan, serían más adecuados para asumir la responsabilidad de coordinar el recorrido terapéutico del usuario en la mayoría de los casos. Sin embargo, sólo una APS fortalecida, capaz de movilizar el apoyo, los recursos políticos, económicos, financieros y humanos necesarios, puede ser responsable por la coordinación de la atención. Según Starfield et al<sup>7</sup>, la coordinación se asocia positivamente con la fuerza de la APS. En efecto, las medidas para fortalecer la atención primaria de salud representan el conjunto más importante de las reformas pro-coordenación.

El atendimento de las diversas demandas de la población para la prevención, tratamiento y seguimiento, facilita el establecimiento de la Unidad de Salud de la Familia como el servicio de búsqueda regular, o sea, como el servicio de salud de primer contacto buscado en cada nueva necesidad y de fácil acceso. La expansión de la oferta de los Equipos de Salud de la Familia (EqSF) es uno de los elementos para garantizar que los servicios de atención primaria se conviertan en servicios de uso regular, ya que su oferta inadecuada puede dar lugar a la búsqueda de servicios de emergencia como el servicio de primer contacto.

Para la gran mayoría de los médicos y enfermeros en las ciudades encuestadas la Unidad de Salud Familiar es el primer servicio procurado en caso de necesidad de atención (Tabla 5). En Aracaju, Belo Horizonte y Vitória aproximadamente el 70% de los hogares indica la USF como el servicio de búsqueda regular. Sin embargo, la USF no era el servicio procurado por más de la mitad de las familias en un episodio reciente de la enfermedad en tres de las ciudades estudiadas.

**Tabla 5 – Servicio de salud procurado por la población cuando necesita de atendimento en salud, cuatro grandes centros urbanos, Brasil, 2008**

Indicador	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
% de médicos/enfermeros que concordan mucho/concordan que la población procura primero la USF cuando necesita de atendimento de salud	92,5	89,2	87,2	83,0
% de familias* que indican la USF como servicio de procura regular	69,6	74,4	50,3	69,1
<b>Servicios de salud procurados por las familias con moradores que enfermaron en los últimos 30 días:</b>				
USF	41,1	52,4	31,8	47,0
Pronto-socorro, emergencia	29,0	15,3	28,0	8,1
Servicios privados de salud	20,6	18,6	23,3	17,7
Ambulatorio de hospital	5,1	7,3	2,6	20,2
Policlínica/Posto de Asistencia Médica	-	4,4	9,5	2,5
Otro	4,2	2,0	4,8	4,5

FUENTE: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

\* Entre las familias que indicaron tener un servicio de procura regular

Estos resultados indican que mismo con la ampliación de la cobertura por los equipos de salud de la familia, los municipios aún se enfrentan con problemas que comprometen el rol de la APS como puerta de entrada preferencial, tales como: horarios de funcionamiento al mismo tiempo que el período de trabajo de las personas, dificultad para atender a los usuarios de los servicios sin cita previa y no funcionamiento de los centros de salud durante los fines de semana, entre otros.

La expansión de la ESF mejoró el acceso a las acciones de salud por medio de la conversión de las unidades básicas tradicionales en Unidades de Salud de la Família y con la construcción de nuevos centros, especialmente en las zonas más distantes y con menos recursos sociales. En los cuatro municipios la expansión de las USF se produjo en todas las regiones de las ciudades, que fueron organizadas em redes, para garantizar un acceso más oportuno a la atención primaria de salud.

Sin embargo, desde el punto de vista de las familias, problemas de acceso se pueden comprobar. Alrededor del 15% de las familias refieren desconocer la ESF, incluso después de una explicación de lo que sería la Estrategia. Por otro lado, entre los usuarios que afirmaban conocerla, el acceso fue considerado fácil.

Un grupo de factores que pueden dificultar o facilitar el acceso a los servicios de salud son los relacionados con las barreras geográficas. Todavía, la facilidad de acceso y la proximidad física de la USF fue confirmada por la mayoría de las familias que informó llegar a pie, lo que disminuye los esfuerzos para desplazamiento, el tiempo y el costo del viaje hasta los servicios de salud.

**Tabla 6 – Conocimiento de la Estrategia Salud de la Familia, cuatro grandes centros urbanos, Brasil, 2008**

Indicador	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
Familias que conocen la ESF (espontanea + estimulada)	84,1	84,4	70,0	82,5
Familias que relatan llegar a pie a la USF	89,2	85,6	73,2	84,0

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Hay cierto consenso de que la resolutivez esperada de los servicios de atención primaria de salud sería el 85%, es decir, se espera que las redes integradas de atención a la salud con la puerta de entrada por la Unidad Básica de Salud, podrían resolver la gran mayoría de los problemas de salud sin requiere la derivación a un especialista. En los municipios investigados las principales medidas para aumentar la resolución de la atención primaria de salud fueron: la expansión de los exámenes que se realizan directamente por el médico de familia, sin derivación, la recopilación de material para los testes diagnósticos y la disponibilidad de medicinas en la Unidad de Salud de la Familia.

Las familias evaluaron que hubo una mejoría en los servicios APS después de la implementación de la ESF. En Vitoria, el 51% cree que la atención sanitaria ha mejorado mucho después de la implantación (Tabla 7).

**Tabla 7 – Resolutivez de la Estrategia Salud de la Familia, cuatro grandes centros urbanos, Brasil, 2008**

Indicador	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
<b>Evaluación de las familias cuanto a la necesidad de derivación para especialista</b>				
Consiguen resolver el problema de salud en el atendimento en la USF	60,4	60,5	56,9	61,6
Precisan procurar un especialista	35,9	32,5	39,9	37,5
<b>Acceso a medicinas en los atendimientos realizados pela ESF</b>				
Reciben todas las medicinas	26,6	36,1	40,5	45,6
Reciben apenas algunas medicinas	65,5	60,9	55,3	50,8
<b>Evaluación de las familias cuanto a mejora del atendimento después de la implantación de la ESF</b>				
Mejóro mucho	26,6	32,9	22,4	51,3
Mejóro un poco	44,5	40,1	33,5	28,2
Quedó igual	15,1	15,2	17,5	12,7
Empeoró	5,1	2,8	2,3	2,3
No sabe/no respondió	8,7	9,0	24,3	5,5

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

Para una APS fortalecida es imprescindible la valorización de sus profesionales. La evaluación de los médicos y enfermeros demuestra que es urgente intensificar las estrategias locales y nacionales para dar visibilidad al labor y mejorar la valorización de los profesionales de la ESF. La baja credibilidad y reconocimiento profesional de la APS es un obstáculo para la coordinación de la atención (Tabla 8).

**Tabla 8 – Valorización de los profesionales de APS, cuatro grandes centros urbanos, Brasil, 2008**

Indicador	Aracaju	Belo Horizonte	Florianópolis	Vitória
% de médicos/enfermeros que concordan mucho/concordan que los profesionales de la ESF disfrutan del mismo reconocimiento profesional que los especialistas	22,0	13,0	29,4	14,6

Fonte: NUPES/DAPS/ENSP/FIOCRUZ – Pesquisa Saúde da Família quatro estudos de caso, 2008

## 6. Conclusiones

Podemos decir que la preocupación por establecer mecanismos para integrar y fortalecer la atención primaria de salud dentro del sistema de salud está presente en las cuatro ciudades. En cada caso estudiado, los resultados indican, diversos grados de implementación de herramientas de integración de redes e iniciativas para fortalecer la atención primaria de salud, aunque los caminos sean similares. La triangulación de los métodos y la información de diversas fuentes han permitido al estudio responder a las preguntas de investigación mediante la identificación de acciones y estrategias aquí entendidas como capaces de mejorar la coordinación de la atención por APS.

En este estudio no tuvimos por objetivo medir o evaluar la coordinación de la atención en sí misma, sino describir y analizar los factores que contribuyen a lograr una mayor coordinación entre los servicios y acciones de la atención de salud, de modo que, independientemente del lugar en que se presten, se sincronicen y estén destinadas a lograr un objetivo común. Por lo tanto, hemos tratado de construir una matriz de elementos importantes que permiten el análisis de los componentes que influyen en la coordinación llevada a cabo por la APS, aunque otros elementos importantes para su alcance puedan venir a ser incorporados.

Por último, podemos afirmar que la APS se ha fortalecido y está más integrada en la red en los casos estudiados, aunque no sea la coordinadora de todo el ciclo de la atención. La insuficiente comunicación y coordinación entre los proveedores y entre los profesionales, las dificultades en el suministro de acceso a atención especializada, la determinación de los flujos de la asistencia hospitalaria, la falta de cultura de colaboración, el bajo prestigio profesional y social de sus trabajadores y los retos que aún quedan a la consolidación de la puerta de entrada por la USF son algunas de las dificultades planteadas con posibles efectos negativos sobre la sincronización de la atención. Establecer objetivos comunes, de modo que el cuidado de la salud tenga el usuario como el centro y sea organizado de acuerdo a sus expectativas personales y las necesidades en de salud, son componentes del concepto de coordinación, que señalan algunos caminos a seguir.

Concluimos diciendo que esta investigación también buscó colaborar para un mejor conocimiento teórico y práctico en el ámbito de la coordinación de la atención, ya que es una dimensión aún poco desarrollado en los sistemas de salud en los países de América Latina y aquí entendida como esencial para la prestación de atención en integral en salud. También tuvimos por objetivo identificar y difundir prácticas exitosas, que consideradas las condiciones

locales específicas, pueden representar experiencias capaces de contribuir a la construcción de sistemas de salud más justos y equitativos, de mejor calidad y responsivo a las necesidades de salud de la población en nuestra Región.

Dado que nuestra investigación tuvo como principal preocupación el acceso universal y equitativo de la población a servicios de salud como un derecho social, los principales hallazgos están relacionados principalmente con los principios/alcances de la APiS relacionados al aumento de la equidad y acceso a la atención de salud y otros servicios esenciales para la salud.

Otros resultados más amplios de los estudios de caso demostraron también que la implementación de la Estrategia Salud de la Familia en Brasil puede contribuir para la reducción de las vulnerabilidades y reducción a través de cambios en el empoderamiento de la comunidad con menor exposición a riesgos y aumento de las acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales de salud.

Aún que apenas parte de los equipos de salud de la familia realicen acciones comunitarias, iniciativas concretas en algunas ciudades, como las cámaras territoriales en Vitoria o la articulación de los equipos con la vigilancia en salud en Aracaju, demuestran la potencialidad de la Estrategia de Salud de la Familia reducir las vulnerabilidades y incidir en los determinantes sociales de la salud.

## **7. “Transferencia de conocimientos”: participación de los usuarios de la investigación en el proyecto y diseminación de los resultados**

1. El proyecto principal de análisis de la implementación de la ESF en cuatro grandes centros urbanos fue desarrollado por demanda del Departamento de Atención Básica (DAB) del Ministerio de Salud de Brasil y por ello financiado. Su elaboración fue discutida con los dirigentes del DAB, y las ciudades caso seleccionadas en común acuerdo, así como los objetivos del estudio.

2. Los resultados fueron discutidos con los sujetos de la investigación. Después del análisis de los resultados de la investigación relativa a la coordinación de los cuidados con el foco en los dos ejes priorizados: el “fortalecimiento de las estructuras de APS” y la “integración entre los niveles asistenciales”, fueron elaboradas presentaciones para la discusión con los actores involucrados en las ciudades estudiadas y para los gestores de políticas de atención primaria en nivel nacional.

En septiembre de 2009 los resultados de la investigación fueron presentados y discutidos con policy makers y gerentes del Departamento de Atenção Básica del Ministerio de Salud en Brasilia. La presentación propició importante debate sobre el modelo asistencial de APS en Brasil, sus fortalezas y límites.

En el año de 2009 fueron presentados los resultados en dos municipalidades que participaron del estudio: Aracaju y Florianópolis. La presentación en Aracaju ocurrió en el día 20 de noviembre de 2009 y en Florianópolis en el día 24 de noviembre de 2009. En 2 febrero de 2010 los resultados fueron presentados en Belo Horizonte con la participación de cerca de 600 personas. En 13 de mayo la presentación en Vitória contó con la presencia de gestores,

gerentes de unidades de salud, profesionales y alumnos de p -grado en Salud de la Familia.

En los cuatro casos estuvieron presentes a la presentación de los resultados, el Secretario Municipal de Salud y otros gestores responsables por la red de servicios de SUS; profesionales de salud, en general, médicos y enfermeros de los equipos de SF; directores de los Centros de Salud; coordinadores regionales de salud y representantes del Consejo Municipal de Salud, que reúne representantes de los usuarios de salud (50%), de profesionales (25%) y de gestores (25%), además de representantes de entidades profesionales de APS.

El debate de los resultados con los sujetos de la investigación en cada ciudad posibilitó un retorno con indicaciones de recomendaciones a los gestores de intervenciones que pudieron mejorar el acceso y garantía del derecho a la salud. El análisis comparativo en las cuatro ciudades permitió identificar buenas prácticas – soluciones para problemas comunes – que fueron difundidos en las presentaciones. Al mismo tiempo los debates permitieron para el equipo de investigación mejorar y profundizar los análisis realizados.

3. Otra iniciativa de disseminación más amplia con objetivo de empoderamiento de los representantes de los usuarios en consejos de salud para presionar por la implementación de una atención primaria integral a la salud fue la elaboración de un “sumario ejecutivo popular”, con los principales resultados, como una herramienta guía para monitoreo.

Este fue un producto específico en el contexto de la Convocatoria “Revitalizando la salud para todos”. Fue elaborado un informe en formato didáctico direccionado a audiencia de gestores y consejos de salud con la presentación de indicadores para evaluación de la APS en el nivel local y recomendaciones con los factores facilitadores y obstáculos para la coordinación de los cuidados e implementación de una Atención Primaria Integral en Salud. (adjunto)

4. Fueron publicados tres artículos en revistas indexadas. Dos de carácter más “científico”:

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios   coordena o dos cuidados em saúde: estratégias de integra o entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26(2):286-298.

Almeida, PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Aten o Prim ria   Saúde: estrat gia para potencializar a coordena o dos cuidados. Aprobado para publicación por la Revista Panamericana de Salud Pública; 2011, 9(2):84-95.

Uno artículo de carácter más político con recomendaciones para la implementación de APiS, publicado en la revista de Cebes:

Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Fausto MC, Senna MC, Martins MI, Sisson MC. Potencialidades e obstáculos para a consolida o da Estrat gia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate* 2010; 34: 248-264.<sup>11</sup>

5. Amplia difusión de los resultados con divulgación de los informes en sites ([www.ensp.fiocruz.br/biblioteca](http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca)), en la Red de Investigación en APS

([www.rededepesquisaaps.org](http://www.rededepesquisaaps.org), con diversas presentaciones en talleres, congreso nacionales e internacionales.

6. Los resultados de la investigación fueron apropiados por el DAB/MS y presentados en reuniones con gestores municipales para la discusión de la política de APS brasileira. Durante la fase de análisis, datos preliminares apoyaron la discusión de políticas.

El usuario de la investigación en su nuevo cargo de subsecretario de atención primaria del DF tiene incorporado en su trabajo diversos elementos de los resultados y buenas prácticas difundidas como las herramientas de coordinación, historia clínica electrónica, cooperación con el sector de vigilancia de la salud, y diversos subsidios para la regulación do acceso a atención especializada desde a la atención básica.

Se observa que el tema de la coordinación está cada vez más presente en el discurso de los formuladores de políticas.

## **8. Experiencias de las triadas**

El trabajo de las triadas fue mucho provechoso y permitió que el foco de la investigación estuviese más direccionado a temas de interés para los gestores. La formación de las triadas contribuyó para la incorporación de los resultados en la tomada de decisión y para mejor apropiación dos resultados en el discurso de los gestores. Esto posibilita el uso de los resultados en el debate político interno con otros sectores para conseguir recursos para implementar las recomendaciones orientadas a facilitar el acceso a la necesaria atención a la salud.

El proyecto de investigación fue una demanda del Departamento de Atención Básica (DAB) del Ministerio de Salud de Brasil. Los casos a estudiar fueron definidos en conjunto con el DAB y la metodología y ejes de análisis discutidos antes de empezar la investigación. Fueron hechos contactos frecuentes por correo electrónico sobre temas de metodología y trabajo de campo. Los resultados fueron discutidos en conjunto. La devolución de los resultados a los sujetos de la investigación y discusión en las ciudades fue organizada en conjunto y con participación de la triada.

Las interacciones entre investigadores y usuario (triada) se realizaron por medio de:

- reuniones presenciales para discutir objetivos de la investigación, seleccionar casos de estudio, discutir resultados;
- apoyo del MS para contactos en las ciudades investigadas y autorización para la realización de la investigación: apoyo institucional del DAB para entrada en trabajo de campo en las ciudades – cartas, teléfonos, contactos
- encuentros en las ciudades estudiadas para retorno de los resultados a los sujetos de la investigación;
- correo electrónico y conferencias por skype;
- los talleres metodológicos propiciaron un espacio de debate, interlocución y concentración en las temáticas de la investigación. Aun que en nuestro caso tenga ocurrido algún descompaso entre el proceso de nuestra investigación,

que ya empezara, y las temáticas de los talleres metodológicos, los talleres favorecieron una aproximación y interlocución entre los miembros de la triada.

El trabajo de las triadas enfrentó diversos desafíos:

- por la distancia geográfica entre usuario e investigadores;
- por los distintos tiempos de la academia y de los servicios: el tiempo de la investigación es más largo y los gestores se enfrentan en el cotidiano con problemas que tienen que ser resueltos prontamente o en un periodo de determinado gobierno;
- por diferencias de los tipos de trabajo que dificultan que el gestor pueda dedicar algún tiempo a la investigación;
- por los cambios gubernamentales y inestabilidad de las coaliciones gubernamentales con cambios frecuentes. Nuestro usuario cambió de función y de esfera gubernamental (del Ministerio de Salud para la SES DF) y después el gobierno del DF cambió implementando nueva direccionalidad con interrupción de los procesos empezados.

**Sugerencias para mejorar el trabajo de las triadas:** ampliar la frecuencia de los talleres metodológicos (semestral) y realizar en ciudades de fácil acceso; mejorar la comunicación de la coordinación general de proyecto APiS/Teasdeale Corti de modo a ser más sistemática y rutinera, además de comunicarse con todos los miembros de la triada; ampliar los recursos financieros (bajo apoyo financiero).

## 8. Referencias bibliográficas

1. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RS, Rico A, Boerma WGW (ed) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Berkshire: Open University Press; 2007. p. 3-21.
2. Núñez RT, Lorenzo IV, Naverrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20(6):485-95.
3. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; 327:1219-21.
4. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
5. Haggerty JL, Yavich N, Bascolo E y Grupo de Consenso sobre un Marco de Evaluación de la Atención Primaria de Salud en América. Un Marco de Evaluación de la Atención Primaria de Salud en América. *Rev Panam Salud Publica* 26(5):377-383, 2009.
6. Labonte R, Sanders D, Baum F et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá* (Colombia), 8 (16): 14-29, enero-junio de 2009.

7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502.
8. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination.* Paris: OECD; 2007.
9. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública* 2010; 26(2):286-298.
10. Almeida, PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Revista Panamericana de Salud Pública.* 2011;29(2):84-95.
11. Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S, Almeida PF, Fausto MC, Senna MC, Martins MI, Sisson MC. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate* 2010; 34: 248-264.