



Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

revistasaludpublica@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

de Sousa, Maria F.; Merchán H., Edgar; Machado M., Ana V.
El Programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 66-74
Universidad de Antioquia
.png, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12023071008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El Programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos

The Family Health Program in Brazil: from the conquests to the challenges

Maria F. de Sousa¹; Edgar Merchán H.²; Ana V. Machado M.³

¹ Doctora en ciencias de la salud, Núcleo de Estudios de Salud Pública, Universidad de Brasilia. Correo electrónico: mariafatimasousa@uol.com.br

² Doctor en salud pública, Núcleo de Estudios de Salud Pública, Universidad de Brasilia. Correo electrónico: hamann@unb.br

³ Doctora en ciencias de la información, Núcleo de Estudios de Salud Pública, Universidad de Brasilia. Correo electrónico: valeriamendonca@unb.br

Recibido: 28 de Julio de 2011. Aprobado: 19 de noviembre de 2011.

De Sousa MF, Merchán E, Machado AV. El programa Salud de la Familia en el Brasil: de las conquistas a los desafíos. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1): 66-74

Resumen

Este artículo presenta los resultados de un trabajo que analizó la implementación del Programa de Salud de la Familia (PSF) en el Brasil, en lo que se refiere al acceso a los servicios básicos de salud, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), de carácter público. El PSF comenzó a funcionar en 1994, como una estrategia política de reorganización de la atención básica en los sistemas municipales de salud, mediante la formación de equipos multidisciplinarios que incluyen agentes comunitarios de salud. El estudio fue realizado en 12 municipios pioneros del programa, ubicados en diferentes regiones del país. Fue utilizada la técnica de análisis del discurso del sujeto colectivo, el cual se fundamentó en la hermenéutica dialéctica. Fueron entrevistados gerentes de los niveles federal, estatal y municipal de gobierno, profesionales de los equipos del PSF

y usuarios del sistema. **Resultados:** El acceso es percibido desde una óptica basada en la enfermedad. Hay problemas de financiamiento, cobertura de la atención, sostenibilidad, capacitación de recursos humanos, definición de papeles en los equipos y de integración del PSF con otros puntos del sistema (atención secundaria y terciaria). Se concluye que el PSF es una estrategia política con potencial para la disminución de las inequidades en salud desde que los gestores del SUS y la sociedad asuman la responsabilidad de hacer de esa estrategia la base organizacional de la atención básica y de la construcción de un modelo de cuidado integral y familiar, orientado por los principios de la solidaridad, igualdad y justicia social.

-----*Palabras clave:* desigualdad, acceso, servicios básicos de salud, salud de la familia.

Abstract

This article presents the results of a research which analyzed the implementation of the Family Health Program (PSF) in Brazil. The authors discuss the issue of access to primary health care services within the fully publicly funded Unified National Health Service (SUS). PSF implementation started in 1994, as a strategic policy to reorganize the primary care in the municipal health systems. It involves the creation of multi-professional teams including community health agents. This study was carried out in 12 municipalities that were pioneers in PSF implantation, and which are located in different geographical regions. We used the Collective Subject Discourse technique and our analysis is grounded in the

Dialectic Hermeneutic Theory. We interviewed health service managers on the federal, state and municipal levels, as well as health professionals of the PSF teams and patients. Access remains seen from the perspective of disease. There are issues related to funding, care coverage, sustainability, continuous education of professionals, a better definition on the role played by members of PSF teams, and integration of PSF with other areas of the system (secondary and tertiary care). We conclude that the PSF is still a strategy that could potentially decrease health inequalities. It is necessary that health SUS managers and society realize that they can make of PSF the organizational base of primary health care; this would lead to

the construction of a model of integral and family health care led by principles of solidarity, equality, and social justice.

-----*Keywords:* health inequality, access to health services, primary health care, family health.

Introducción

La Constitución brasileña, promulgada en 1988, estableció como principios fundamentales de la República “promover el bienestar de todos, sin prejuicios de origen, raza, sexo, color, edad, ni cualquier otra forma de discriminación”, y asegurar la salud como derecho social. La Carta Magna afirmó que este derecho es de todos y también un deber del Estado. El término salud fue definido no solo como acceso a las acciones y a los servicios públicos de Salud, sino también como el resultado de políticas sociales y económicas que buscan la reducción del riesgo de enfermedades y de otras afecciones.

Se puede afirmar, entonces, que la creación del Sistema Único de Salud (SUS), previsto en la Constitución Federal representa un gran avance en el proyecto de la reforma sanitaria brasileña. El SUS se fundamenta en los principios doctrinarios y preceptos constitucionales de universalidad, equidad, integralidad y control social.

Se sabe que el Brasil ya efectuó en las últimas décadas una serie de intentos de cambio, según expresión de Teixeira [1], en la forma y contenido de los servicios prestados. En ese orden de ideas, todas las iniciativas, por mejor que haya sido el origen de sus propuestas en términos de base filosófica, principios y directrices, no fueron suficientes para alterar las bases que sostienen el modelo médico-asistencial predominante en el país.

Esas bases no sufrieron alteraciones porque traían en sus ciernes elementos parciales de modelos previos y tal complejidad viene siendo retratada a lo largo de las últimas décadas por diferentes autores, entre ellos Arouca [2], Donangelo [3], Paim [4, 5], García [7], Mendes-Gonçalves [8] y Teixeira [9, 10, 1]. Ellos nos despiertan para la necesidad de comprender los factores y las dinámicas social, económica, política y cultural que determinan la hegemonía del modelo sanitario, centrado en los hospitales, en las subespecialidades, en las acciones de programas verticales y en las prácticas médicas basadas en la enfermedad y en la parafernalia medicamentosa.

Es en este escenario de viejos y nuevos problemas que nace el PSF, en marzo de 1994, como una estrategia política para promover la organización de las acciones de atención básica en salud, en los sistemas municipales de salud. El PSF está insertado en un contexto de decisión política e institucional de fortalecimiento de la atención básica en el ámbito del SUS y se fundamenta en una nueva ética social y cultural, con miras a la promoción de la salud y de la calidad de vida de individuos, familias

y comunidades. Los principios organizativos se revelan en los siguientes objetivos: 1) prestar, en la Unidad Básica de Salud (UBS) y en el domicilio, asistencia integral que sea continua, de buena calidad, resolutive y que esté de acuerdo con las necesidades de salud de la población adscrita; 2) intervenir sobre los factores de riesgo a los cuales la población está expuesta; 3) elegir la familia y su espacio social como núcleo básico de abordaje en la atención a la salud; 4) volver más humanas las prácticas de salud (llamadas en el Brasil “humanizar”), por medio del establecimiento de un vínculo entre los profesionales de salud y la población; 5) proporcionar la posibilidad de acciones intersectoriales; 6) contribuir para la democratización del conocimiento del proceso salud-enfermedad, de la organización de los servicios y de la producción social de la salud; 7) hacer que la salud sea reconocida como un derecho de ciudadanía y, por tanto, expresión de la calidad de vida; y 8) estimular la organización de la comunidad para el efectivo ejercicio social [11].

Se proponía entonces constituir equipos multiprofesionales que en adelante llamaremos “equipos del PSF”, constituidos de un profesional de la medicina, uno de enfermería, uno o más auxiliares de enfermería, y un número de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), figura central de la estrategia y eslabón entre la comunidad y el sistema de salud. El equipo del PSF tendría su sede en una UBS y el número de ACS dependería de la población adscrita a una razón de un ACS para 250 familias.

Pasada más de una década de funcionamiento del PSF en el Brasil, resolvimos estudiar su implementación en los primeros 12 municipios que asumieron esta tarea, efectuando una lectura de la realidad, caso a caso, de manera que pudiéramos comprender mejor la(s) respuesta(s) a la cuestión central de la investigación: ¿el PSF constituye una estrategia de superación de la desigualdad en Salud? Para obtener tal respuesta, el método del presente estudio se inscribe en el marco de las ciencias sociales, en la hermenéutica dialéctica, enfoque de la investigación cualitativa, cuyos métodos y técnicas consistieron en recolectar, analizar, comprender e interpretar los discursos de los sujetos colectivos seleccionados entre los sujetos político-técnicos. Los discursos de los sujetos fueron organizados y analizados a partir de la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo - DSC de Lefevre y Lefevre [12].

El trabajo tomó como referencias para el análisis del acceso a los servicios básicos de salud, las siguientes di-

mensionen: política, técnico-financiera y simbólica. La *dimensión política* considera las motivaciones que llevaron a los sujetos político-técnicos a la decisión de implementar el PSF y si esa decisión consideró la posibilidad de reducir desigualdades de acceso a los servicios de salud. La *dimensión técnico-financiera* se refiere a la expansión de la cobertura geográfica, que verifica los criterios y prioridades de exclusión o inclusión en la decisión de los sujetos político-técnicos cuando escogieron las áreas en las cuales el PSF sería puesto en funcionamiento, y si la misma favorece o no la reducción de las desigualdades de acceso. Finalmente, la *dimensión simbólica* trata de la percepción del acceso por parte de los usuarios en lo que se refiere a la forma de interrelación establecida entre esos sujetos, los gerentes y los equipos del PSF.

Dimensión política

En la *dimensión política*, las respuestas de los sujetos técnico-políticos del SUS de las tres instancias de gobierno sobre las motivaciones que los llevaron a implantar el PSF, los discursos analizados demuestran que las motivaciones se presentan según los lugares, responsabilidades y competencias de cada nivel de administración del SUS. Por lo tanto, las narrativas de esos sujetos son consecuencias de los espacios de poder por ellos ocupados. Los discursos de los gerentes nacionales dejan claro que sus motivaciones para inducir la implementación del PSF estaban directamente vinculadas al deseo de que esa estrategia pudiera contribuir para la *organización del SUS y reordenamiento del sistema*; mientras que los testimonios de los secretarios de salud y de los coordinadores del área de atención básica/PSF demostraron que sus motivaciones dependían del deseo de ver en el PSF una estrategia con el potencial de *cambio del modelo asistencial*. En contraste, las narraciones de los participantes en el ámbito de los sistemas municipales de salud señalaron la necesidad de que el PSF pudiera de hecho *reorganizar la atención básica*.

Esas fueron las ideas centrales expresadas en los discursos de esos sujetos que tienen la responsabilidad y competencias diferenciadas en los procesos de expansión del PSF y en el aumento de su calidad en el país. En los testimonios queda claro que en sus motivaciones para la implementación de esa estrategia consideraron la posibilidad de reducir las desigualdades de acceso a los servicios básicos de salud.

No obstante, no se puede afirmar que todos los gerentes del SUS piensan a partir de esa intencionalidad; pero, hay en el conjunto de los 12 municipios investigados un consenso, aunque sea apenas en los discursos, de que los motivos que los llevaron a la implementación del PSF fueron las posibilidades de que esa estrategia pudiera.

Dimensión técnico-financiera

En la dimensión técnico-financiera, los discursos de los sujetos colectivos no pueden ser tomados de forma aislada, cuando se trata de comprender la categoría analítica “expansión de la cobertura del PSF en el Brasil”; pero sí se triangulan con otras fuentes de datos emanados de investigaciones operacionales del propio Ministerio de Salud, los cuales indican las lagunas de acceso a las acciones y servicios básicos de salud. Estos vacíos existen desde el origen de la inducción por parte del Ministerio de la Salud para la implementación de esa estrategia. Según datos del Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB) [13] del Ministerio de Salud, de abril de 2011, 5.279 municipios del país cuentan con 31.981 equipos del PSF, capacidad que hace posible que cerca de 101.0 millones de personas reciban cuidados lo más cerca posible de sus lugares de morada. Sin embargo, tal cobertura aún expresa la distribución desigual de los equipos del PSF en el conjunto de las ciudades del Brasil.

Es en este contexto que se explica y fundamenta la rápida adhesión de los municipios de porte pequeño, entre 10 y 20 mil habitantes; y de porte medio, de 20 a 50 mil habitantes, porque estos no disponían de una red de servicios previamente estructurada, su capacidad instalada era escasa o nula, de ahí que el cambio se vino a concretar con la inserción de los equipos del PSF. Por otra parte, las capitales y los municipios con más de 100 mil habitantes, donde reside más del 50% de la población brasileña, continúan con bajas coberturas.

Algunos autores señalan como hecho observado la existencia de buenas prácticas por parte de los equipos del PSF, sobre todo en los municipios de pequeño porte [14, 15]. Empero, muchas veces estas prácticas se presentan limitadas para la oferta de atención integral frente a la ausencia de una red regionalizada de referencia y contrarreferencia de servicios asistenciales. Luego, la realización de buenas prácticas no altera substancialmente la lógica organizacional de los servicios y sistemas locales de salud, al predominar con esto el modelo clásico de asistencia a enfermedades, que parte de su demanda espontánea, con base en el profesional médico que realiza consultas con apoyo del trípede diagnóstico/equipamientos instrumentales/medicamentos.

A partir de un análisis de esa situación, Teixeira [1] nos instiga sobre la pertinencia de expandir esa estrategia para los municipios con más de 100 mil habitantes de la misma forma como viene siendo implementada en los demás. En esos nuevos espacios y territorios, el PSF pasa a competir fuertemente con las prácticas asistenciales médico-curativas, lo que provoca tensión y resistencia de actores comprometidos en la manutención del modelo hegemónico.

Estas tensiones y resistencias también se expresan de otra manera en los 12 municipios investigados en el momento de definición de los criterios y prioridades para la exclusión o inclusión de los equipos del PSF, aunque hayan tenido en cuenta la necesidad de reducir de las desigualdades de acceso a los servicios básicos de salud. Sin embargo, la concreción de ese acceso se tropieza con problemas estructurales que van desde la fragilidad financiera, pasando por el conflicto de la Ley de Responsabilidades Fiscales (que limita la contratación de nuevos profesionales), las debilidades en la infraestructura de la red física instalada, hasta las demandas insistentes por atención a la enfermedad que refuerzan el ya existente aparato médico-asistencial.

Todavía en la *dimensión técnico-financiera*, en lo que se refiere a la categoría “gobernanza institucional del PSF”, analizamos los siguientes elementos: la institucionalización de esa estrategia; la base de apoyo político, técnico y científico; los incentivos financieros y la educación permanente de recursos humanos. De esa forma, es indispensable sintetizar: primero, en lo que se refiere a la institucionalización del PSF, esta investigación constató que durante los 13 años de su implantación, los sujetos sociales involucrados directamente con la responsabilidad de conducir e inducir esta agenda en el Ministerio de la Salud en las diferentes coyunturas (política, institucional y administrativa), entraron en el espacio y en la agenda de las secretarías estatales y municipales de salud.

El proceso denominado en el Brasil “acreditación” consistió en la certificación por parte del Ministerio de Salud de los municipios con capacidad de implementar el PSF. Tal tarea aseguró en el ámbito nacional un *locus* para la ampliación del debate y la interlocución para la construcción de la política nacional de atención básica. El reconocimiento y la legitimidad de ese espacio hicieron que todas las unidades federadas y los 12 municipios investigados estructuraran sus secretarías para responder al desafío de esa agenda tripartita, siguiendo así los principios orientadores del Ministerio de Salud rumbo a la institucionalización del PSF. Sin embargo, fue verificado que aún existiendo las coordinaciones y estas ejerciendo un papel estratégico en la expansión de los equipos del PSF, las mismas presentaban fragilidades en su capacidad gerencial de conducir e inducir técnica y políticamente la consolidación de esa agenda.

Segundo, en relación con los apoyos al PSF, Sousa [15] reconoce que la red de apoyo formada alrededor de esa estrategia se configura de forma diferenciada en el tiempo y espacio social de cada comunidad. Y tales apoyos son marcados por las diferentes coyunturas e interrelaciones de poderes. Observamos, por ejemplo, que

los años 1994 a 1997 fueron marcados por el bajo capital de poder político e institucional del grupo de gerencia nacional. Se trataba de una fase posterior al diseño de los principios, características y directrices del PSF, traducidas en las luchas cotidianas por la estabilidad de recursos financieros, humanos y tecnológicos, búsqueda de aliados de peso, todos destinados a garantizar la gobernanza y sostenibilidad de esta estrategia. A partir de 1998, el PSF transita y evoluciona progresivamente de “programa” hacia política gubernamental orientadora de la reorganización de la atención básica en el país. En esa condición, los apoyos son ampliados de modo heterogéneo. Esto tiene implicaciones sobre la inserción y percepción de los actores, técnicos y dirigentes provenientes de diferentes realidades del país; tales diferencias traen riquezas, desafíos y también conflictos, al confirmarse las distintas formas de apoyo, unas más propulsoras, otras indiferentes, y muchas obstructoras; todas ellas influyeron en el proceso de expansión del PSF.

Con eso, la mayoría de los profesionales integrantes de los equipos del PSF (ocho municipios en esta investigación) desean que el apoyo a esa estrategia ocurra de forma pactada entre las instancias de gobierno y de la sociedad, que señalen la necesidad de creación de espacios reales, y no apenas formales, burocráticos o notariales. Esos participantes prevén en el futuro alguna forma de arena de discusión, donde los conflictos e intereses de los gerentes, de los profesionales de salud y de la población estén presentes y sean presentados, debatidos y contemplados, evitando así los apoyos restrictos solamente al campo de los discursos y de las intenciones.

En tercer lugar, con respecto a los *incentivos financieros* para la expansión y mejoría de calidad del PSF, fueron verificadas tres situaciones limitantes para la consolidación de esa estrategia en los municipios investigados. Los discursos de los sujetos de los colectivos expresan el reconocimiento de la importancia de los incentivos. Con todo, considerando en conjunto el financiamiento del SUS, la primera limitación se presenta cuando son constatadas las desigualdades presupuestales entre los niveles de atención del sistema. Las cifras indican que hay desequilibrios, aún fuertes, entre los recursos dirigidos hacia la atención de media y alta complejidad, situación predominante e inducida por la formulación de otras políticas del Ministerio de Salud. La segunda limitación se encuentra en la ausencia o bajo cofinanciamiento por parte de las Secretarías de Estado de Salud. Y una tercera limitación, se acentúa cuando los municipios de los grandes centros urbanos ya mencionados son tratados de modo igual. En estas ciudades los gerentes municipales hacen hincapié en que no desean privilegios para sus ciudades; sólo reivindican el derecho de ser tratados

en sus diferencias, de modo que superen las desigualdades originadas en los problemas típicos de los grandes centros urbanos y para eso se impone la definición de una política de cofinanciamiento de los tres niveles de gobierno, diferente de la forma como vienen siendo tratados los municipios de pequeño porte.

Encontrar respuestas para esas y otras limitaciones en lo concerniente al financiamiento de la atención básica/PSF, nos impone nuevos desafíos, principalmente en relación con la práctica cooperativa y complementaria construida entre los gerentes/administradores del SUS. Todo esto nos recuerda la necesidad de definir mecanismos de financiamiento que contribuyan a la reducción de las desigualdades regionales y a una mejor proporcionalidad entre los tres niveles de atención del SUS, con prioridad para el aumento de recursos destinados al PSF [16].

En este caso, las tres esferas de gobierno deben establecer pactos de corresponsabilidad en el costeo de las acciones y de los servicios de salud, al proporcionar el derecho a la salud de forma responsable y solidaria.

En cuarta instancia, en lo referente al *desarrollo de personal (recursos humanos)* involucrado en el proceso de consolidación del modelo de Salud de la Familia, se llevó a cabo entre 1998 y 1999 la institución de polos de capacitación, fomentados por el Ministerio de la Salud y articulados con las instituciones académicas más próximas a las experiencias del PSF en las respectivas regiones. Esta investigación observó la ausencia de una política para los procesos de formación académica, capacitación y educación permanente para los profesionales de los equipos del PSF, además de la baja capacidad de articulación y negociación de la mayoría de los 12 municipios, con respecto a los representantes de los polos instituidos, dificultando así la consolidación de esa estrategia en el ámbito municipal.

Se observó también que existe la asociación con el aparato formador, o sea con la instancia académica, la cual es de naturaleza “formal”. Resulta evidente que las instituciones formadoras de profesionales para el sector salud, en parte, no están preparadas para apoyar a los municipios en la construcción de un nuevo modelo de atención a la salud enfocado hacia los procesos de trabajo con abordaje familiar y comunitario. Esta falta de preparación, en mayor o menor grado, representa el círculo vicioso de la desintegración histórica entre las instituciones de enseñanza, los servicios de salud y las comunidades, todos ellos marcados hace décadas por el modelo de formación en las ciencias biomédicas. Esta cuestión llama la atención para una revisión profunda de la formación académica de los propios formadores: los docentes. Solo en casos excepcionales son visibles los

esfuerzos por parte de las instituciones de enseñanza de contribuir a la reforma sanitaria brasileña, en general, y en particular, al modelo de atención a la salud, en especial para la atención básica y para la estrategia Salud de la Familia. Esos esfuerzos se comprueban por la oferta de cursos de residencia, especialización, por reformas de los cursos de pregrado (medicina y enfermería, inicialmente) y por los proyectos de incremento de la calidad en el trabajo de los equipos del PSF que vienen siendo desarrollados desde la creación de los polos de formación, capacitación y educación permanente para el personal de esos equipos, en asocio con las secretarías estatales y municipales de salud.

A lo largo de la investigación fue constatado sobre todo que, por una parte, las fragilidades existentes en la mayoría de los municipios estudiados reflejan la difícil tarea de efectuar cambios en estructuras rígidas, romper los acuerdos basados en el corporativismo de los gremios profesionales, movilizar profesores más preocupados con la salud de la colectividad y, principalmente, superar las presiones ejercidas por el mercado de trabajo sobre el proceso de formación académica profesional en subespecialidades. Por otra parte, hubo resultados positivos en los debates del PSF con respecto a la revisión de la formación de los profesionales, cuestión que se encuentra en el centro de la implementación y funcionamiento del PSF, crucial en relación con la gobernanza y sostenibilidad de un nuevo modelo de atención en salud.

Estas contradicciones retratan las “telarañas” con que nos encontramos en nuestro intento de desenredar los enmarañados de los viejos y nuevos problemas que trae históricamente la política de salud en el Brasil y en particular en los 12 municipios aquí estudiados. Sin embargo, los cuatro elementos arriba citados se vienen presentando en las tres instancias de gerencia del SUS, según esta investigación, como cuestiones desafiantes a ser enfrentadas como obstáculos de acceso a los servicios básicos de salud, en una acción integrada de gobierno y sociedad, como condición esencial para la superación de esas desigualdades.

Dimensión simbólica

En la *dimensión simbólica* tratamos sobre la percepción del acceso por parte de los usuarios de los servicios básicos de salud. En esta categoría analítica fue verificado, en las afirmaciones de los discursos de los sujetos colectivos de la comunidad que utiliza los servicios del PSF, que la percepción del acceso se resume a la noción de enfermedad y de la administración de medicamentos para tratarla. Con eso, es importante tener en cuenta que esas nociones y creencias vienen siendo culturalmente construidas de generación en generación, de manera

consciente a través del grupo familiar y de otras instituciones, y de forma inconsciente mediante mecanismos de reproducción del modelo médico asistencial, en cierta medida promovidos por el aparato del Estado. Pero, al mismo tiempo, se comprende en algunos discursos de los sujetos estudiados, la inversión de esa cultura cuando los equipos del PSF asumen la función social, con el protagonismo de los ACS, de contribuir en la creación de capacidades comunitarias en la problematización del estado de salud-enfermedad-cuidado, que tiene como ancla la conciencia sanitaria.

Límites en el acceso

El acceso a los servicios básicos de Salud en el ámbito del SUS, según nuestro estudio se presenta limitado en tres aspectos principales: el primero, la baja capacidad de integración entre los equipos de la atención básica (unidades tradicionales), los equipos del PSF, y entre estas, en lo que se refiere a la planeación y a la programación de las UBS, que tienen como referencia el Sistema de Información da Atención Básica (SIAB). Este sistema viene siendo utilizado de forma limitada y burocrática, al comprometer, por tanto, la práctica de la institucionalización de instrumentos y mecanismos de monitoreo y evaluación de las acciones y servicios básicos de Salud. La consecuencia de ese cuadro es la reproducción y mantenimiento del modelo centrado en el médico y en tecnologías de prevención, tratamiento y curación de las enfermedades, de ahí que se hace visible lo incipiente de las prácticas de trabajo en equipo, en las que quedan claras para los profesionales las responsabilidades de cada uno y el compromiso de todos con la salud de las familias y comunidades.

El segundo límite se encuentra expresado en la desintegración entre los equipos de la atención básica y los demás puntos del sistema (atención de media y alta complejidad). Con eso, la continuidad y la integralidad de la atención se vuelven más vulnerables, una vez que en casi la totalidad de los municipios estudiados no existe una política de referencia y contrarreferencia, de este modo queda esta responsabilidad para los profesionales más “comprometidos” con los propósitos del PSF, en el plano de la informalidad y amistad entre pares, sobre todo entre los enfermeros. Pocos son los municipios que comienzan a estructurar sus centrales de regulación con vistas a atender las demandas de los equipos del PSF en las acciones y servicios de consultas especializadas y de apoyo diagnóstico (exámenes de laboratorio e imagen). Respecto a esto mismo, debemos resaltar que los discursos de los sujetos colectivos (miembros de los equipos del PSF) registran que los ACS son los principales esla-

bones de conexión entre las UBS y las comunidades, a los cuales les compete la responsabilidad de articular el acceso a consultas, exámenes o medicamentos en las unidades básicas y en las unidades que tienen consultas de especialidades.

Varios fueron los municipios en que verificamos que el ACS es también el gran articulador de las consultas con los médicos del PSF que a su vez cumplen la “tarea” de realizar las consultas programadas y solicitadas por los agentes. Los demás miembros del equipo de PSF ven el ACS como portavoz de las acciones programáticas del ciclo de vida, en el cual las unidades continúan realizando actividades dirigidas a los programas de forma aislada y verticalizada.

El tercer límite es verificado en la escasa capacidad de los equipos del PSF en la elaboración de planes, programas, proyectos y acciones continuas que potencialicen sus relaciones y su integración con otros sectores del gobierno y de la sociedad. Estas fragilidades son perceptibles en los testimonios de los sujetos investigados cuando afirman comprender que las acciones de promoción extrapolan el sector salud y, por estas razones, no disponen de tiempo y “governabilidad” para invertir en esas iniciativas, además de ser presionados por las demandas de orden asistencial y curativo. Reconocen que las acciones de promoción y educación en salud darían sustentación a sus actividades en la medida en que ellas abordan los determinantes generales del complejo salud-enfermedad-cuidado. Reconocen, sobre todo, que para reconducir sus prácticas rumbo a la promoción de la salud, es necesario integrar las políticas públicas gubernamentales y no gubernamentales, con vistas a modificar las condiciones de vida y salud, por lo tanto van más allá de las acciones educativas individuales y de cambios en modos o “estilos” de vida.

A pesar de lo expuesto, la mitad de los municipios investigados se muestran preocupados y “conscientes” de que el acceso a los servicios básicos de salud no debe permanecer restringido a los atributos de la adecuación de las UBS, del uso de servicios y de la atención a la enfermedad.

Superación de la desigualdad en salud

Con respecto al hecho de que el PSF constituya una estrategia de superación de la desigualdad en salud, los análisis e interpretaciones de los datos del estudio nos permitieron entender: Primero, que el PSF de modo aislado no responde a esa responsabilidad social, una vez que esta cuestión extrapola el ámbito de las políticas públicas universales de ese sector. La salud en sí misma no resuelve las desigualdades como demuestran las brechas existentes, aunque pequeñas, en países social-demócra-

tas y en estados que adoptan políticas de bienestar social, como en Inglaterra, Suecia, Noruega, Canadá, entre otros. Por lo tanto, la superación de las desigualdades en salud está intrínsecamente ligada a los determinantes del desarrollo político, económico, social y ambiental.

En un sentido limitante, la situación de salud en el caso brasileño se depara con un sistema de protección social que, a pesar de sus avances, continúa incompleto, frágil y con escasa capacidad de afectar de manera positiva y significativa los indicadores de desigualdad social y de salud. La comparación de datos nos dice que este sistema trajo para el nuevo siglo las dos principales marcas de la situación social que sufrió prácticamente durante todo el siglo pasado: una de las estructuras sociales más desiguales entre los países de medio y alto desarrollo económico, junto con un modelo paradigmático de gestión del aparato del Estado centrado en estructuras clientelistas de mantenimiento del poder patrimonialista. En efecto, aún es amplia la agenda que debe ser cumplida para satisfacer los deseos de cambio hacia un sistema que busque la superación de las desigualdades en salud, en un Estado y sociedad orientados por la democracia y por la justicia social.

Segundo, en lo que se refiere a la desigualdad de acceso a los servicios básicos de salud, el PSF tampoco puede responder de forma aislada porque aún no constituye una política universal, con clara definición económica, social, cultural e ideológica de sus finalidades y objetivos. Por eso, la vulnerabilidad interna de la atención básica, de esta con respecto al sistema y del SUS en relación con los otros sectores de la sociedad, confirma las limitaciones citadas anteriormente.

Tercero, los discursos emanados de esta investigación señalan claramente que, desde la perspectiva de los gerentes administrativos, el PSF es una estrategia política con potencial para la disminución de las inequidades en la atención básica que amplía el acceso en el nivel primario, pero no supera las desigualdades en la salud, porque esta es una de las cuestiones más amplias y complejas que exige alterar los factores determinantes políticos, socioculturales, económicos y ambientales.

Finalmente, lo que podemos afirmar frente a la producción en salud ya existente en los 12 municipios investigados y en las referencias tomadas por las Secretarías de Salud de los estados y por el Ministerio de Salud, es que el PSF viene contribuyendo en la ampliación del acceso a los servicios básicos de salud, pero es necesario enfrentar los desafíos contemporáneos que esa estrategia presenta en el cotidiano de las prácticas de sus equipos, más aún, se necesita que los gerentes del SUS tomen para sí esta responsabilidad, en el sentido de ejecutar las formas del sector de la salud, orientadas por los valores,

principios y características organizacionales de la atención básica, que asuman el PSF como estrategia troncal.

Tal construcción no puede prescindir de otro desafío que es la cuestión de producir tecnologías de gestión aplicables a los procesos de monitoreo y evaluación, que ponen en el centro de la discusión los siguientes aspectos: la calidad de la expansión de los equipos del PSF, la utilización del sistema de información como herramienta gerencial que contemple la complejidad de la organización de la atención y presente indicadores adecuados y oportunos para el seguimiento de los efectos e impactos del PSF sobre la salud de los brasileños.

Semejante tarea exige la institucionalización de procesos estructurados y sistemáticos de evaluación de esa estrategia en sus más variadas dimensiones, por ejemplo, en la atención en salud, gestión/gerencia, impacto sobre el perfil epidemiológico y participación social. Esta última dimensión fue recordada por Teixeira [1], al citar a Maria Cecília Donnangelo, quien planteó, en 1979, que la reforma en salud “se hará con la población o, de lo contrario, no se hará”. Esto nos conduce a “aprender a aprender” que las tecnologías aplicadas a los procesos de monitoreo y evaluación deben estar entrelazadas con el compromiso ético, humanístico y social con las familias cuidadas por los equipos del PSF, en estos espacios de convivencia.

Nuevas prácticas de salud deben ser orientadas por la esencia del SUS. Hay que fortalecer el diálogo de forma permanente, franca y democrática con todas las fuerzas sociales, de tal modo que tenga en cuenta un nuevo pacto federativo: la consolidación de la política prevista en la Constitución brasileña. Concordamos con las ideas de Sobrinho [16], en el sentido en que:

“es necesario vencer las murallas del liberalismo económico, de los privilegios de clase, de los corporativismos que, a medida que el Sistema Único de Salud avanza, opondrán una resistencia cada vez más encarnizada, abierta o disfrazada. En el caso del PSF, tal disfraz es potencializado por la inercia de una agenda incompleta. Incompleta porque no consiguió, a lo largo de los 13 años de implantación e implementación, ampliar las condiciones para la superación efectiva del modelo biomédico hegemónico en las políticas públicas del sector Salud en el Brasil”.

De las conquistas a los desafíos: el futuro del PSF

De los datos recogidos en esta investigación fue posible instigar a los sujetos participantes para conferir significado a su trayectoria en el PSF y a su práctica como profesionales de salud, que aprenden en el cotidiano a trabajar con tecnologías dirigidas a la acción familiar y comunitaria. Así, concluiremos este artículo exponiendo pequeños y valiosos fragmentos de los testimonios de los gerentes administrativos municipales (secretarios de

salud y coordinadores) y de los profesionales que componen los equipos cuando fueron estimulados a pronunciarse alrededor de la siguiente cuestión: comentar lo que se espera para el futuro del PSF en el municipio y para su vida profesional. De los fragmentos de discursos de los entrevistados se puede registrar:

[...] ampliar gradualmente la cobertura del PSF e invertir en la calidad de su implantación es lo que se espera, dándole mayor calidad a las acciones administrativas y gerenciales, y que el PSF se consolide como la organización del sistema de salud en una red de cuidados de forma regionalizada e integrada.

Frente a este testimonio se percibe como indispensable señalar algunas sugerencias para la construcción de una agenda que las tres instancias de gerencia del SUS puedan incorporar en el diseño de sus acciones estratégicas y prioritarias.

En lo relacionado con las *motivaciones para implantar el PSF*, se sugiere: 1) ampliar el debate en todos los niveles en lo referente a la concepción de la salud integral y familiar que es lo que antecede a la estrategia de Salud de la Familia; 2) explicitar las responsabilidades de las diferentes instancias del SUS, tanto desde el punto de vista financiero, como organizacional, en la tarea política e institucional de universalizar el PSF; 3) establecer un pacto federativo sobre la definición clara del elenco de acciones y servicios, con base en las necesidades de salud que componen la atención básica que son de competencia de los equipos en los complejos territorios de sus actuaciones; 4) crear mecanismos para perfeccionar las tecnologías de gestión en conexión con el modelo de atención a la salud, orientadas por los valores y principios de la estrategia.

Con respecto a la *expansión de la cobertura del PSF*, se sugiere: 1) incentivar a las secretarías estatales de salud a asumir responsabilidad en el cofinanciamiento del PSF en los grandes centros urbanos, por medio de la adopción de criterios que estimulen la destinación de recursos del Fondo Estatal de Salud a los Fondos Municipales de Salud; 2) apoyar en el desarrollo de estrategias para la organización y articulación entre los niveles de atención, con miras a la garantía de la continuidad y de la integralidad de la atención básica, que sigan como pauta acciones intersectoriales y asegurándose que se cumplan los objetivos de calidad de la atención a la salud de las familias; y 3) crear incentivos que motiven la universalización del PSF con el objetivo de superar las brechas de cobertura asistencial por los equipos del PSF, en los 12 municipios investigados, en las ciudades de más de 100 mil habitantes, capitales, regiones metropolitanas y

en otras comunidades de difícil acceso a los servicios básicos de salud.

Con respecto a la *gobernanza institucional del PSF*, se sugiere: 1) formar una red nacional para producir tecnologías sociales y sanitarias aplicadas al complejo proceso de gestión de la atención básica a la salud; 2) redefinir los mecanismos de financiamiento que contribuyan a la reducción de las desigualdades regionales, que aumenten las inversiones en la atención básica; 3) reforzar la red de polos de formación, capacitación y educación permanente, de tal modo que se valore el compromiso activo de las escuelas formadoras de recursos humanos para el SUS; 4) elaborar protocolos de gestión / gerencia de la atención que sean integrados enfocados hacia las situaciones de salud de relevancia nacional; 5) crear incentivos de remuneración de los profesionales que actúan en el modelo de atención dirigido a las familias; 6) la transferencia de recursos con base en metas relacionadas con las acciones estratégicas de los programas verticales, que tengan como base la cobertura de los equipos del PSF y el número de familias cuidadas, así como la organización de las acciones y servicios básicos de salud; 7) formar redes de apoyo político, técnico y científico interregionales, interestatales e intermunicipales.

Con respecto a la *percepción sobre el acceso a los servicios básicos de salud por parte de los usuarios*, señalamos las siguientes sugerencias: 1) elaborar proyectos que promuevan debates sobre las finalidades, objetivos y resultados ya alcanzados en el PSF; 2) fortalecer las relaciones de vínculo y corresponsabilidad entre gerentes/administradores del SUS, equipos del PSF y familias adscritas; 3) apoyar asociaciones entre los espacios de enseñanza y servicio de salud, con la finalidad de sistematizar las experiencias que confirman el desempeño del PSF; 4) articular otros sujetos sociales, dentro y fuera del sector salud, para formular políticas integradoras.

En la conclusión de su tesis, Sousa [17, 18] asegura que estas acciones deben ser orientadas por la esencia del SUS, que es la universalidad y la integralidad, al mantener una firme posición igualitaria. El enfrentamiento de los “oposidores” de la estrategia debe ampliar y darle calidad al debate iniciado en 1994, reivindicando el PSF en su responsabilidad específica dentro del SUS. El propio SUS debe ser adecuadamente situado como una conquista en construcción por parte de la sociedad brasileña que históricamente lucha en busca de gobiernos capaces de establecer consensos alrededor de valores compartidos, en cada momento histórico, con respecto a los principios de justicia, niveles de desigualdad tolerables, solidaridad y condiciones de inclusión social.

Referencias

- 1 Teixeira CF. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Brasil. Saúde em Debate*. 2003; 27(65): 257-277.
- 2 Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva [tesis]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); 1975.
- 3 Donnangelo MC. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas cidades; 1976.
- 4 Paim JS. Medicina Preventiva e Social no Brasil: Modelos, Crises e Perspectivas. *Saúde em Debate*. 1981; 11(1): 57-59.
- 5 Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. En: Rouquaryol MZ. *Epidemiologia y Saúde, MEDSI*. Rio de Janeiro; 1994: p. 455-466.
- 6 Paim JS. Saúde da Família. En: Saúde, Política e Reforma Sanitária. Espaço de reflexão e de práticas contra hegemônicas? Salvador: CEPS/ISC; 2002. p. 363.
- 7 García JC. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; 1989.
- 8 Mendes RB. Medicina e História: as raízes sociais do trabalho médico. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo; 1979.
- 9 Teixeira CF. Políticas de Salud no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. *Saúde em Debate*. 1991 Jul; 4-10.
- 10 Teixeira CF. Um pouco de história...reconstruindo o debate sobre modelos de atenção à Saúde no Brasil. *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador; 2002. p.11-22.
- 11 Ministério da Saúde. Portaria nº 3.925 de 13 de Novembro de 1998: que aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Brasília DF: Diário Oficial da União; 1998.
- 12 Lefevre F, Lefevre, AM. Depoimentos e Discursos. Brasília DF: Liberlivro; 2005.
- 13 Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Brasília DF: Ministério da Saúde; 2011.
- 14 Sousa MF. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*: Rio de Janeiro; 2000. p. 7-14.
- 15 Sousa, MF. A cor-agem do PSF. São Paulo: Hucitec; 2001.
- 16 Sobrinho EJ. O PSF nos grandes municípios: São Paulo, um investimento à parte! En: Sousa, MF. Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 47-68.
- 17 Sousa MF. Programa de saúde da família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? [tesis]. Brasília DF: Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade de Brasília; 2007.
- 18 Sousa MF. Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília DF: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.