

# LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN BRASIL: DESAFÍOS DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD”

---

Experiencias Comparadas de Reformas de los  
Sistemas de Salud en América Latina

CEPAL - MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

**Prof. José Gomes Temporão**

**Junio 2022**

## El Movimiento Brasileño de Reforma de la Salud-MRSB

---

- ✓ En los años 70 y 80 del siglo pasado, durante la Dictadura Militar, en el contexto de la lucha por la recuperación de la democracia, la lucha por el derecho a la salud adquirió una nueva dimensión.
- ✓ Formación de un movimiento que involucró a la Academia, iglesias, sindicatos, movimientos sociales, partidos políticos, profesionales de la salud, llamado Movimiento Brasileño de Reforma de la Salud.
- ✓ Fruto de la lucha política, de la movilización de la sociedad y con un ideal claro de construir un sistema universal en nuestro país.
- ✓ Consagra en la constitución de 1988 la salud como un derecho de la ciudadanía y un deber del Estado

## ¿Qué se pretendía?

---

**A partir de la sanción de la ley del sistema único de salud -SUS- en 1990, comenzó a formarse un conjunto de estrategias en la búsqueda de la construcción de la universalidad**

**Es en este contexto que debemos analizar la APS en Brasil**

**La APS en Brasil cambió gradualmente su enfoque de programa de salud de la familia y luego a estrategia de salud de la familia**

**La propuesta fue entender la APS como una estrategia de reorientación del sistema de salud, donde la lógica reformista de una APS de calidad fuera vector de transformación sectorial.**

# Un Poco de Historia

---

**El Movimiento de Reforma de la Salud de los 70 ya incluía numerosas experiencias de APS en varios municipios brasileños.**

Algunos municipios organizaron sus sistemas locales de salud, con la idea de ampliar la cobertura de las acciones de salud, pero con una diferencia fundamental: el camino construido tenía como imagen objetivo un sistema de salud integrado y universal que articulaba las acciones típicas de la atención primaria con un conjunto más amplio de acciones de salud

Estas primeras experiencias comenzaron a ganar visibilidad, marcando la pauta para la formulación de nuevos enfoques y formas de organización de la atención en salud desde la perspectiva de una APS integrada al sistema de salud.

# El Camino

---

**El análisis de esta trayectoria apunta a dos momentos distintos:**

**La primera marca una fase inicial de formulación e implementación, cuando el programa aún ocupa una posición marginal en el contexto global de la política de salud, presentando características de focalización.**

**En el segundo momento, la ESF, como propuesta organizativa de la APS, es considerado estratégico para la reorientación del modelo de atención predominante en el Sistema de Salud.**

**En esta nueva perspectiva, la familia y la comunidad en el territorio se convierten en categorías centrales para la organización del cuidado cuando, tradicionalmente, el enfoque individual centrado en la enfermedad dominaba la acción programática de la política nacional de salud.**

## Acceso de Primer Contacto

Punto de entrada al sistema de salud: punto de partida de la atención y filtrado a servicios especializados;  
Regularidad del acceso en caso de enfermedad o seguimiento rutinario de las condiciones de salud;

## Longitudinalidad

Vínculo con la población reflejado en fuertes lazos interpersonales; Presupone la capacidad de una fuente regular de atención y su uso en el tiempo.

## Integridad

Arreglos para que el paciente reciba todo tipo de servicios de salud (considerando aspectos orgánicos, psicológicos y sociales).

## Coordinación

Implica la capacidad de garantizar la continuidad de la atención dentro de la red de servicios; Coordinación de diferentes acciones y servicios para solucionar necesidades menos frecuentes y más complejas.

Starfield B.. *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. New York: Oxford University Press, 1992.

[http://www.escoladesaude.pt.gov.br/arquivos/File/ATENCAO\\_PRIMARIA\\_A\\_SAUDE\\_ESF\\_Giovanella\\_L\\_Mendonca\\_MI1.pdf](http://www.escoladesaude.pt.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MI1.pdf)

# Los Equipos

---

**La ESF exige que los equipos estén compuestos por un médico, un profesional de enfermería y un auxiliar, además de un número de Agentes Comunitarios de Salud, con un máximo de un agente por cada 750 personas. Cada equipo es responsable de 3.500 a 4.500 personas.**

El modelo ESF propone que el equipo multidisciplinar asuma la responsabilidad sobre un territorio donde viven y trabajan una cantidad cuantitativa de personas, con la familia como centro de intervención, buscando imprimir atención continua, intersectorial y resuelta basada en los principios de promoción de la salud.

# El Modelo de Financiacion

---

El financiamiento se dio a través de la transferencia de recursos federales a los municipios, los cuales sumaron a sus propios recursos del presupuesto municipal.

Para este traspaso no se utilizan convenios ni trámites burocráticos, el traspaso es directo a través del sistema Fondo a Fondo

La transferencia federal se realizó a través del PAB, el Piso Básico de Atención, que tenía dos componentes:

El PAB fijo, pagado a todos los municipios brasileños con base en la población estimada por el censo;

La variable PAB, condicionada a la implementación, por parte de los gestores municipales, de componentes estratégicos del ESF como inversión en formación del personal, consecución de objetivos, ampliación de la red, etc.



# Intervenciones en el ámbito de la APS: ampliación del acceso y listado de prácticas

---

2008 - Centro de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF);

Los Nasf, son estructuras de apoyo para el FSE e incluyen psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y médicos con especialidades como obstetricia y geriatras, entre otros

2011 – Clínicas de Calle - población sin hogar; dependientes de sustancias químicas

2011 –Atención domiciliaria –SAD;

2013 -Programa Más Médicos.

El Programa Más Médicos fue diseñado para traer médicos a las regiones del interior y la periferia de los grandes centros. Como resultado, fueron destinados 18.240 médicos cubanos (a través de un convenio con la OPS) para atender a la población de 4.058 municipios, cubriendo el 72,8% del total de municipios del país, beneficiando a más de 63 millones de brasileños.

Fue interrumpido en 2018 por decisión del gobierno de Bolsonaro

# Políticas y Programas Transversales e Intersectoriales

---

1999 -Política Nacional de Alimentación y Nutrición;

2003 -Política Nacional de Salud Bucal -Programa Brasil Sorridente -acciones en el ámbito de la APS y atención especializada;

2007 -Programa Saúde na Escola (PSE), política intersectorial de Salud y Educación;

2011 -Programa de Farmacia Popular en Brasil; donde se distribuye una lista de medicamentos de forma gratuita o subsidiaria en cadenas de farmacias

2014 - Política Nacional de Atención Integral a la Salud de las Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario (PNAISP);

# Situación en 2019

---

42.745 Equipos de Estrategia de Salud de la Familia

26.903 Equipos de Estrategia de Salud Bucal

260.095 Agentes Comunitarios de Salud

5.500 Equipos de los Centros Ampliados de Salud de la Familia/AB –NASF

1.139 Centros de Especialidades Dentales -CEO

# EL IMPACTO

---

## **Mortalidad infantil y de menores de 5 años:**

**Estudios nacionales han mostrado el impacto del ESF, desde los primeros años de su implementación;**

- **Disminución de la TMI, especialmente en el componente posneonatal, y de la RMM5;**
- **Evidencia de reducción de desigualdades;**
- **Através del acceso a las acciones y servicios de salud (consultas médicas, actividades educativas, visitas domiciliarias, atención prenatal y cobertura de vacunación).**

**TMI disminuyó un 13 % entre 1999 y 2004, mientras que la cobertura del ESF aumentó del 14 % al 60 %.**

# EL IMPACTO

---

Los municipios con alta cobertura de ESF (quintil 5) tuvieron una reducción del 13% en la tasa de hospitalización por enfermedades crónicas en comparación con los municipios con baja cobertura (quintil 1)

Una mayor cobertura de la ESF se asoció con una reducción del 23% en las hospitalizaciones por asma.

La reducción de las tasas de hospitalización por accidente cerebrovascular (1 a 4%) y otras enfermedades cardiovasculares (2 a 9%) fue menor.

# La Cobertura

---

**Proporción de hogares registrados en ESF en Brasil: 53,4% (IC 95%: 52,1-54,6), mayor en las áreas rurales (70,9%) que en las áreas urbanas (50,6%).**

**NE (64,7%), Sur (56,2%), CO (53,2%), N (51,5%) y SE (46,0%).**

**Escolaridad del jefe: menos de 1 año (66,3%), secundaria completa o equivalente (48,3%) y superior completa (26,6%).**

## Comparativa de gasto en atención de media y alta complejidad y ESF 2014/2021

**Recursos Federais Transferidos Fundo a Fundo para os Estados e Municípios, por Nível de Atenção Selecionado. Brasil, 2014 a 2021**

ANO	ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR	%	ATENÇÃO PRIMÁRIA	%	TOTAL
2014	41.101.165.334,48	74,33	14.196.734.944,28	25,67	55.297.900.278,76
2015	44.104.442.534,35	74,27	15.276.411.890,04	25,73	59.380.854.424,39
2016	42.897.092.879,39	71,93	16.740.155.312,63	28,07	59.637.248.192,02
2017	46.754.979.466,75	73,08	17.223.566.315,64	26,92	63.978.545.782,39
2018	52.953.468.627,75	69,22	23.550.903.619,96	30,78	76.504.372.247,71
2019	55.352.399.539,10	69,13	24.712.758.973,07	30,87	80.065.158.512,17
2020	53.693.344.613,81	68,55	24.635.456.414,24	31,45	78.328.801.028,05
2021	68.382.528.319,24	69,02	30.698.337.431,92	30,98	99.080.865.751,16

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis no Fundo Nacional de Saúde. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>. Acesso em 01/06/22.

## CONCLUSIONES Y RETOS

---

**El monopolio médico. Profesionales de enfermería y otros profesionales podrían asumir más actividades de diagnóstico, tratamiento y seguimiento para diferentes condiciones de salud.**

**El desprendimiento de la formación de los profesionales de la salud de la realidad sanitaria.**

**La población objetivo de la ESF vive en una situación precaria de saneamiento, alimentación, violencia, miedo, fragilidad, vulnerabilidad. ¿Cómo promover salud y prevenir enfermedad en estas situaciones?**

**La cuestión del impacto de estas condiciones de vida en la salud mental. Necesidad de repensar la presencia de profesionales de salud mental -psicólogo en el equipo de ESF**



## CONCLUSIONES Y RETOS

---

**El ESF aún no es la principal puerta de entrada al sistema. Para el 25% de la población existe cobertura de seguro privado con un sistema de libre elección de médicos y especialistas.**

**Existe un conflicto permanente entre, la visión medicalizante y hospitalocéntrica que aún es hegemónica en lo SS, y la ESF.**

**Recentemente el sector privado incorpora los principios y estrategias de la ESF en su política de mercadeo y reducción de costos**

**Potencial de las nuevas tecnologías sanitarias (biotecnologías, inteligencia artificial, big data, wearables, telesalud, etc.) para incrementar la calidad y la capacidad de respuesta del ESF**

GRACIAS!  
jtemporao@uol.com.br

