

SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2008

Brasil

Servicios de Atención de Salud para la Población Pobre. Cómo Subsanan las Fallas de la Cobertura Sanitaria Universal

Programas nacionales de atención universal de salud

Los programas de atención universal de salud suelen crearse con el objetivo de mejorar el acceso de la población pobre a la asistencia sanitaria y de tratar de corregir desigualdades persistentes. La experiencia de Brasil descrita en el presente trabajo indica que es posible concluir que, para lograr iguales resultados sanitarios, la cobertura universal se debe complementar con otras estrategias orientadas a mejorar la utilización de los servicios por parte de los pobres.

Brasil se encuentra entre los 12 países del mundo con mayor desigualdad de ingresos. Se ha reconocido que la disparidad de resultados de salud es uno de los principales problemas sanitarios del continente americano. Brasil ha puesto en marcha una serie de iniciativas tendientes a mejorar el acceso de los miembros más pobres de la sociedad a la atención de salud, entre ellas programas universales de atención primaria de salud; programas sanitarios específicos dirigidos a los pobres; programas que distribuyen premios e incentivos monetarios a las municipalidades que brindan atención a las familias de menos recursos, e incentivos en efectivo para estimular a las familias más pobres de las municipalidades a utilizar correctamente los servicios de salud y educación pública.

El programa nacional de inmunización brasileño, creado en 1973 con carácter universal, se implementó a través de los servicios de atención primaria preventiva de policlínicas y centros de salud pública. El programa de asistencia prenatal es uno de los más tradicionales que prestan los servicios de atención primaria de Brasil. El Programa de salud familiar (PSF) se estableció en 1994, en un esfuerzo por reorganizar

los servicios de atención primaria, cuyo suministro estaría a cargo de equipos de dispensadores de asistencia sanitaria. En 1998, según lo dispuesto en la constitución, para prestar atención sanitaria universal se creó el Sistema Único de Salud (SUS), con la convicción de que la salud es un derecho de todos, independientemente de los ingresos. Este esfuerzo tuvo por objeto corregir la desigualdad resultante de la incapacidad para pagar los servicios.

Además de las actividades oficiales, hubo otras iniciativas de entidades sin fines de lucro que también procuraron llegar a la población pobre. Como ejemplo cabe citar la Pastoral de los Niños, programa que la Iglesia Católica instrumentó en 1983 en beneficio de los niños desnutridos y más pobres.

Atención universal que no llega a la mayor parte de la población más pobre

El programa nacional de inmunización brasileño, creado en 1973, está dirigido a la totalidad de la población y tiene por finalidad erradicar enfermedades prevenibles mediante vacunación, como la poliomielitis, el sarampión, la tuberculosis, la difteria, la tos ferina y el tétanos. Se ejecutó a través de los servicios de atención primaria preventiva de los establecimientos de salud. Para ampliar la penetración del programa, se llevaron a cabo campañas nacionales de inmunización encaminadas a crear mayor conciencia de la importancia de las vacunas para la prevención de las enfermedades. Además, también se incrementó la oferta de servicios, ya que estos comenzaron a prestarse en lugares donde la población de menos recursos suele congregarse o adonde suele acudir, como supermercados, centros comerciales y centros comunitarios.



Los resultados de las actividades de inmunización llevadas a cabo en Brasil mostraron que, si bien hubo aumentos considerables de la cobertura de vacunación en el período 1994-2000, la prevalencia de planes de vacunación incompletos se concentró en los niños de los hogares del 20% más pobre (o quintil inferior) de la población. En un estudio sobre Sergipe, ciudad del nordeste brasileño, realizado en 2000, se descubrió que los niños de las familias del 20% más pobre de la población eran los que menos se beneficiaban con los servicios proporcionados, a diferencia de los niños de los hogares del 20% más rico, lo que revelaba la desigualdad de la cobertura. En el Cuadro 1, a partir de los datos nacionales de 1996 y el estudio de Sergipe, se observa la desigualdad sistemática en perjuicio de los hogares más pobres.

El programa nacional de asistencia prenatal, de antigua data, tampoco logra llegar a las mujeres más pobres de Brasil. La utilización nacional de los servicios de atención prenatal es elevada, ya que más del 90% de las mujeres se someten a un control, como mínimo, y, en promedio, el número de consultas por persona es superior a seis. Si bien la cobertura general del programa de asistencia prenatal es buena, al parecer las madres que viven en los hogares menos pobres se han beneficiado en mayor medida de los servicios ofrecidos, lo que refleja la desigualdad de la cobertura. La mayor concentración de mujeres que recibieron insuficientes cuidados prenatales se observó en familias del quintil más pobre, indicio de la mala focalización (Cuadro 2). Se llegó a la conclusión de que tanto la orientación hacia los pobres como el nivel de cobertura del programa de asistencia prenatal fueron inferiores a los registrados en el programa de inmunización.

A pesar de que se logró mejorar en gran medida la capacidad del país para abordar los problemas vinculados con la vacunación incompleta y la insuficiente asistencia prenatal, la desigualdad se mantuvo. Las familias del 20% más pobre de la población se encontraban sistemáticamente entre las que no recibían ningún servicio en absoluto o recibían servicios incompletos o insuficientes en comparación con las familias de los grupos de ingresos más altos.

La Pastoral de los Niños es ejemplo de una iniciativa no gubernamental dirigida específicamente a los niños más pobres. Puesto en marcha en 1983 por la Iglesia Católica, este programa recurre a voluntarios seleccionados entre los líderes de la comunidad local, en su mayoría mujeres, que donan un día al mes para brindar información y asesoramiento sobre la atención de la salud materno-infantil, en especial la inmunización. Se orienta a los niños desnutridos y a los de las familias más pobres. No obstante su misión, la

Cuadro 1. Prevalencia de vacunación incompleta entre niños de 12 meses y más, por quintil de riqueza e índices de concentración, según la EDS de Brasil (1996) y el estudio de Sergipe (2000)

| Quintiles de riqueza | EDS (1996) n = 3827 | Sergipe (2000) n = 1436 |
|----------------------|------------------------|----------------------------|
| 1 | 33,4 | 28,0 |
| 2 | 16,4 | 20,4 |
| 3 | 14,2 | 20,6 |
| 4 | 11,9 | 15,5 |
| 5 | 15,3 | 17,8 |
| Todos | 19,3 | 20,5 |
| | p < 0,001 | p = 0,176 |
| | IC = -21,8 | IC = -10,8 |

EDS Encuesta de demografía y salud; IC Índices de concentración.

Fuentes: BEMFAM, EDS/Brasil 1996 y J.A. Cesar, Estudio de Sergipe 2000.

Cuadro 2. Proporción de madres que recibieron asistencia prenatal insuficiente, por quintil de riqueza e índices de concentración, según dos estudios

| Quintiles de riqueza | EDS (1996) | Sergipe (2000) |
|----------------------|------------|----------------|
| 1 | 70,0 | 49,1 |
| 2 | 43,5 | 48,3 |
| 3 | 27,4 | 35,3 |
| 4 | 19,1 | 30,2 |
| 5 | 13,6 | 18,7 |
| Todos | 38,4 | 35,7 |
| | p < 0,001 | p < 0,001 |
| | IC = -31,7 | IC = -18,3 |

EDS Encuesta de demografía y salud; SUS Sistema Único de Salud; IC Índices de concentración.

Fuentes: BEMFAM, EDS/Brasil 1996; NA Neumann; J.A. Cesar, Estudio de Sergipe 2000.

investigación ha demostrado que este programa tuvo una cobertura general deficiente y que la mayor concentración de niños beneficiados no se registró en los hogares más pobres, ni entre los más desnutridos. El programa no funcionó dentro del sistema público estructurado de atención primaria, se basó en el voluntariado y seleccionó a los líderes voluntarios

dentro de las comunidades atendidas. Con esa modalidad, las comunidades con capacidad de organización e infraestructura menos desarrolladas, normalmente las más pobres, quedaron en desventaja a la hora de beneficiarse de los servicios ofrecidos.

Superar los obstáculos al acceso a los servicios de salud

Con estos antecedentes, en 1994 el gobierno de Brasil creó el Programa de salud familiar (PSF), en un esfuerzo por reorganizar los servicios de atención primaria y mejorar el servicio prestado a la población pobre. El PSF tenía como principal objetivo llegar a toda la población y, en particular, a los pobres, para lo cual contaba con dos elementos fundamentales:

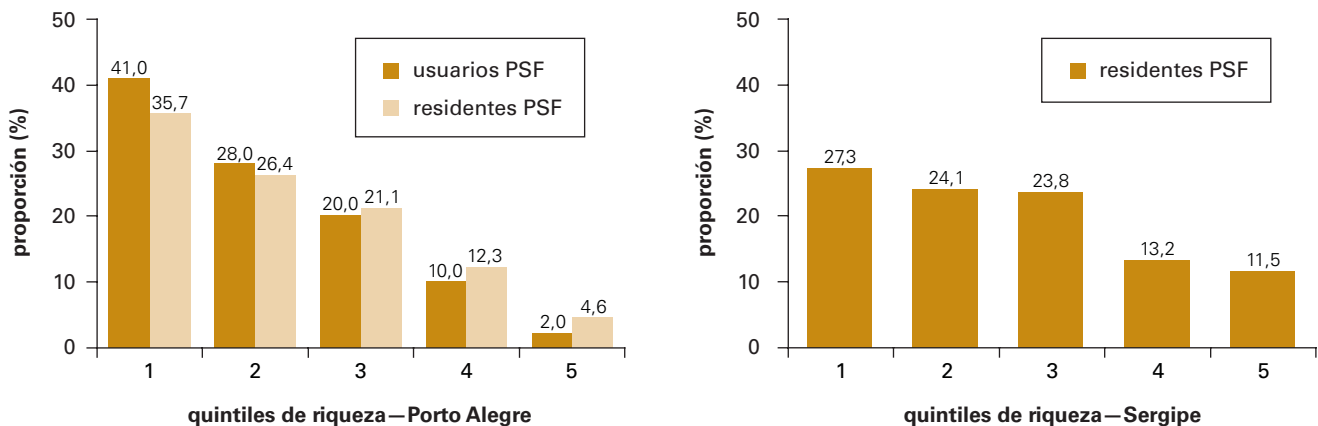
- I. *Ubicación prevista para las etapas de ampliación:* La ejecución del programa se centró primero en las zonas más pobres, así como en aquellas que nunca habían recibido servicios de atención primaria, y
- II. *Actividades de extensión:* La prestación de los servicios del PSF estuvo a cargo de equipos de salud, cada uno de los cuales tenía la tarea de vigilar la salud de determinados hogares y familias. A diferencia de lo que ocurre en los

sistemas tradicionales, en los cuales el paciente o la familia acuden al establecimiento sanitario para solicitar la atención de problemas específicos, los equipos se acercaban a sus pacientes mediante visitas a los hogares y actividades comunitarias.

La composición de los equipos se ideó para facilitar la identificación de los factores que representan posibles amenazas para la salud de la comunidad. Las intervenciones se concibieron para hacer frente a esas amenazas y enseñar a los miembros de la comunidad a prevenirlas. Cada equipo estaba integrado por un médico general, un enfermero graduado, un asistente de enfermería y cuatro agentes de salud comunitarios. Por intermedio del Ministerio de Salud, se ofrecieron a las municipalidades recompensas monetarias si lograban mantener una cobertura del 70% de la población.

El PSF se ha ejecutado por etapas en todo el país, y en 1996 la cobertura nacional se estimaba entre el 49,8% en el nordeste y el 26% en la región sudoriental. En 2003 en Porto Alegre, donde el programa había comenzado a instrumentarse poco tiempo antes, se registraba la proporción más alta de establecimientos situados en zonas con familias de hogares del quintil más pobre, con una representación mínima de hogares del quintil de ingresos más altos (Gráfico 1). El programa de Sergipe, vigente desde 1996, presentaba la mayor

Gráfico 1. [PLEASE PROVIDE TRANSLATION] Distribution of wealth status for residents of areas covered by the family health program (PSF), Porto Alegre and Sergipe, and for PSF users, Porto Alegre



Fuentes: [PLEASE PROVIDE TRANSLATION] Neumann and others 1999.

concentración de familias del quintil más pobre, aunque también había aumentado considerablemente la participación de las familias del quintil de ingresos más altos.

Si bien en ambas ciudades el programa estaba orientado a favorecer a los pobres, en Porto Alegre la focalización resultó más precisa. Los hogares más pobres tenían nueve veces más probabilidades de beneficiarse del programa que los menos pobres. En Sergipe, esa relación era de solo 2,5 veces. Es posible que las diferencias observadas obedezcan a las distintas etapas en que se hallaba la ejecución del programa en los dos lugares. Al principio, la cobertura es baja y la focalización en los pobres es alta, como ocurría en Porto Alegre. Posteriormente, al aumentar la cobertura general, la focalización en los pobres disminuye, pero la cobertura entre ellos se sigue manteniendo elevada.

Conclusión

En muchos casos, cuando se habla de programas universales se hace referencia a la intención de poner servicios a disposición de todos los habitantes y no necesariamente a la cobertura real de toda la población de un país. Los programas uni-

versales de inmunización y asistencia prenatal implementados en Brasil ponen de relieve el hecho de que, para llegar a los pobres y vulnerables, se requieren medidas orientadas específicamente a mejorar el acceso de esa población a los servicios. El Programa de salud familiar constituye un excelente ejemplo de la forma de hacerlo mejorando la focalización de los programas universales. En comparación con los programas oficiales de inmunización y asistencia prenatal evaluados y el programa focalizado de la Pastoral de los Niños, el PSF beneficia a los pobres en mayor proporción que a otros grupos. La evaluación del PSF indica que se puede lograr una mayor participación de los pobres en el sistema de salud si la atención se concentra en la población escogida como objetivo, se intensifica la sensibilización mediante actividades de educación individual y comunitaria, y se amplía el alcance de los servicios por medio de visitas a los hogares y de establecimientos sanitarios bien ubicados. Los estudios concebidos para identificar factores que impulsen las distintas modalidades de uso pueden suministrar información valiosa sobre estas cuestiones y ayudar a promover la creación de sistemas aún más apropiados para que el sector más pobre de la población mejore la utilización de los servicios.

