

Especificidades y desafíos de las políticas públicas de salud en la Amazonia

Luiza Garnelo ¹

doi: 10.1590/0102-311X00220519

Las repercusiones nacionales e internacionales debidas al incremento de incendios en la Amazonia reafirman la idea de que, aunque se produzcan en territorios específicos, se trata de fenómenos multinivel y multicausales que trascienden la esfera local, siendo compleja su comprensión y exigiendo planteamientos innovadores que los aborden ¹. Este triste ejemplo manifiesta características del espacio amazónico, con implicaciones relevantes en la implementación de las políticas de salud que se practican allí.

La denominada Amazonia Legal, formada por 9 estados y 772 municipios, cuenta con 27,5 millones de habitantes, entre los cuales existen cerca de 400 mil indígenas de 170 etnias distintas. En el conjunto de esa población hay una oferta insuficiente de servicios públicos de todo tipo, junto a las conocidas dificultades de infraestructura, en particular de comunicación y transportes ².

Asimismo, lo que denominamos Amazonia es, de hecho, un escenario socioambiental heterogéneo y multifacético, donde coexisten centros urbanos modernos populosos, pequeñas ciudades relativamente aisladas, además de poblaciones tradicionales de diversos tipos, dispersas en áreas rurales remotas en territorios prácticamente inexpugnables. Los indicadores sociales, económicos y sanitarios son también muy dispares, relacionando crecimiento demográfico y económico acelerado, con masiva concentración de renta y condiciones de vida ampliamente desfavorables para la mayoría de la población. El modelo económico predominante se caracteriza por la explotación depredadora de recursos naturales, no siendo raro la explotación ilegal de los mismos ³.

En las décadas más recientes, se observa la aparición de iniciativas económicas sostenibles, que intentan superar su carácter demostrativo, adentrarse en el mercado verde, y convertirse en una economía de escala capaz de proporcionar renta para los productores rurales amazónicos, y enfrentarse a los devaluados precios existentes en los mercados regionales. En ausencia de estas condiciones, abundan los estratos poblacionales con renta baja, baja escolaridad y sin acceso al mercado de trabajo, siendo totalmente dependientes de un Sistema Único de Salud (SUS) que recorta su financiación.

Las grandes distancias geográficas características de la región suelen ser citadas en discursos y documentos oficiales, señalándolas habitualmente como obstáculos para el desa-

¹ Instituto Leônidas & Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Brasil.



rrollo económico y la implementación de políticas públicas. Gobiernos de las más diversas orientaciones ideológicas han respondido precariamente a tal desafío, preconizando la inauguración de carreteras como solución para las dificultades de desplazamiento. La devastación ambiental asociada a la apertura de carreteras ha sido perfectamente descrita, haciéndose evidente el denominado arco de la deforestación, como la expresión más concreta de la violencia ambiental, que se ocasiona tras la apertura de nuevas carreteras en la Amazonia. Asimismo, no son capaces de generar soluciones para espacios donde el desplazamiento por carretera no es una alternativa factible frente a la hidrografía regional. Las carreteras han atendido a los intereses de los grandes proyectos de construcción de presas, agronegocios y minería, contribuyendo poco a la distribución de la producción de la agricultura familiar o a la extracción de productos de la selva.

En el caso específico de la salud, las barreras geográficas se suelen apuntar como dificultades que obstaculizan la implementación de acciones y el acceso a la salud, bien sea en la atención primaria, bien sea en los servicios sanitarios media y alta complejidad, estando estos dos últimos fuertemente concentrados en las capitales de la región Norte. Tal reconocimiento nominal no resulta en la provisión de acciones y en la financiación para hacer frente a este elemento inamovible del escenario amazónico. Grandes distancias y dificultades de desplazamiento parecen que se usan más para justificar eventuales insuficiencias de desempeño y de resultados de atención en la salud, que como objeto de planificación a tener en cuenta en la creación de estrategias innovadoras para enfrentarse a las distancias amazónicas ⁴.

Versiones más recientes de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB – 2011 y 2017) ^{5,6} preconizaron la implantación de la Unidad Básica de Salud Fluvial (UBSF), en la que se deben asignar Equipos de Salud de la Familia Ribeirinha. La PNAB promovió el reconocimiento oficial de iniciativas, ya en curso en la Amazonia, proporcionando, consecuentemente, parte de la financiación de las acciones asumidas. La habitual inducción de acciones mediante la oferta de financiación por parte del gobierno federal fue bien recibida por los sistemas municipales de salud, muchos de los cuales asumían los costes íntegramente con la sufragación de unidades móviles fluviales, ya implantadas antes de 2011. No obstante, persiste la insuficiencia de inversiones y la necesidad de proporcionar adaptaciones al flujo asistencial y a la organización de rutinas, junto a procedimientos evaluativos capaces de aquilatar la efectividad de un modelo itinerante de asistencia. Los procesos evaluativos de las UBSF podrían contribuir a mejorar la calidad y la capacidad de resolución de un modelo asistencial que tiene el mérito de ampliar la cobertura en vacíos asistenciales, y amenizar el coste de los usuarios a la hora de acceder a cuidados de salud.

Por otro lado, iniciativas como la creación de las Unidades Móviles Fluviales, a través de la PNAB, respetando el patrón de políticas excesivamente genéricas, generadas en el ámbito federal de gestión, suelen ignorar las limitaciones del alcance de las iniciativas que preconizan, justamente, porque minimizan las profundas diferencias sociopolíticas, económicas, geográficas y sanitarias de una realidad como la amazónica. No es imaginable en este contexto que una política de alcance nacional pueda prestar atención a las minucias sobre cada realidad existente. Sin embargo, las formas en las que se ejerce el poder para normalizar esta situación no dejan que la planificación local de los sistemas estatales y municipales de salud tengan espacio para poder redimensionar o adaptar tales determinantes a las características y necesidades locales.

Ante tal escenario de dificultades previas, se suma la situación que se vive en este momento, que es de recortes de fondos públicos para la salud, de alteración de las reglas de financiación de la atención primaria, y de la toma de la población registrada como base de cálculo para el traspaso de recursos a estados y municipios. Además de suponer una fractura del principio de la universalidad, que orientó la creación del SUS, tal medida representa un grave perjuicio en una región donde la aglomeración poblacional en las mayores ciudades coexiste con bajas coberturas asistenciales, lo que es sinónimo de un menor número de personas registradas, en contraste con la población efectivamente residente, que no puede estar registrada debido al reducido número de equipos multiprofesionales activos.

Para las poblaciones rurales amazónicas el daño todavía se convierte en algo más dramático, puesto que la baja densidad demográfica resulta en un pequeño número de registrados, cuyo acceso a la salud demanda un coste operacional elevado, debido a las mencionadas distancias geográficas. Tal escenario tiende a profundizar la insuficiente financiación de las acciones en los sistemas municipales de salud crónicamente fragilizados y con dificultad para mantener coberturas asistenciales adecuadas.

Las políticas de austeridad fiscal, como la actualmente en curso profundizan desigualdades preexistentes y, en el caso de poblaciones estrictamente dependientes del sistema público de atención a la salud, se acentuarán, dificultando la identificación de espacios específicos, donde las desigualdades se agraven. A los recortes de recursos en el ámbito federal se añade ahora la vigente distribución desigual de los tributos recaudados, comprometiendo la solvencia de los municipios, en particular aquellos pequeños y/o de baja recaudación, a quienes se les están atribuyendo responsabilidades crecientes en la provisión de servicios de salud ⁷.

El crecimiento de la participación del sector privado en la atención a la salud también contribuye a profundizar la concentración de servicios de salud de media y alta complejidad en las mayores ciudades amazónicas, donde se concentran las familias de mayor renta, agravando las limitaciones de acceso a los cuidados de salud, las carencias estructurales de la red física y la resolución del cuidado, particularmente, debido a la dificultad de fijación de profesionales de salud y más específicamente médicos ^{1,7}.

Baja renta, condiciones penosas de trabajo, riesgos laborales elevados, violencia, exposición intensa y recurrente a agentes infecciosos, falta de acceso a vivienda de calidad y saneamiento, acceso limitado a cuidados de salud, son típicos problemas de salud que afligen a las poblaciones amazónicas, cuya resolución o control requiere intervenciones complejas, alternativas económicas sostenibles, mayor financiamiento de la salud y una mejora grande en los modelos de atención y las rutinas organizacionales que pueden mejorar el desempeño de la atención primaria en la región ⁸.

Información adicional

ORCID: Luiza Garnelo (0000-0003-0263-7286).

1. Viana ALd'A, Iozzi FL. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 2:e00022519.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2018. <https://www.ibge.gov.br/estatisticasnovportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>.
3. Santos D, Mosaner M, Celentano D, Mouta R, Veríssimo A. Índice de Progresso Social na Amazônia brasileira: IPS Amazônia 2018. Belém: Imazon/Social Progress Imperative; 2018.
4. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:1225-34.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 out.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
7. Louvinson MCP. Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. *Cad Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 2:e00116019.
8. Albuquerque AC, Cesse EAP, Felisberto E, Samico IC, Frias PG. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2019; 35 Suppl 2:e00065218.