

El filo de la navaja de la función filtro: reflexiones sobre la función clínica en el Sistema Único de Salud en Brasil

Filter function razor edge: thinking about clinical function on Unique Health System in Brasil

Resumen

A partir de comentarios elaborados en consideración al texto “*El fundamento científico de la función filtro del médico general*” fueron elaboradas comparaciones entre los conceptos desarrollados y el modelo brasileiro de atención primaria en salud. Se verifica una tendencia a desconsiderar la importancia de la función clínica en la atención primaria brasileira aunque sea propuesto un equipo de salud con una composición interdisciplinaria muy amplia y que incluye un médico con perfil general. Se presentan algunas reflexiones sobre clínica ampliada y salud colectiva en atención primaria.

Palabras clave: Clínica ampliada. Atención primaria. Médico general y equipo interdisciplinario.

Gastão Wagner de Sousa Campos

Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Correspondência: Gastão Wagner de Sousa Campos. Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP.
E-mail: gastaowagner@mpc.com.br

Abstract

This article is a comparative reflection between the so called “filter function” discussed in the paper named “*the scientific basis for the gatekeeping role of general practitioners*” and the Brazilian experience on primary health care based on a interdisciplinary team. In Brazil there is a devaluation of the clinical function due to an enormous importance attributed to public health. Considerations about enlarged clinic and public health in primary health care are made.

Keywords: Enlarged clinic. Primary health care. General practitioner and interdisciplinary team.

Introducción

Al discutir la capacidad del médico general de evaluar pacientes que acuden a sus servicios con dolor abdominal, Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández¹ han descrito la función de la Atención Primaria en Salud en general. Para ellos, los médicos generales deberían encargarse:

“1- de los que no tienen causa definida, y solo necesitan una valoración, sin ninguna prescripción de medicamentos, 2- de los que precisan ser sometidos a actividades diagnósticas y/o tratamientos farmacológicos en el entorno de la Medicina General, 3- de los que deben ser derivados a especialistas, por un problema agudo o crónico que requiere actividades diagnósticas y terapéuticas propias del segundo nivel y 4- de los que habiendo sido ya estudiados por los especialistas deben seguir siendo atendidos, bien en ese nivel, bien por el propio médico general.”

De las cuatro funciones descritas arriba, solo la tercera implica la transferencia del caso y, por consecuencia, de la responsabilidad; o sea, para los autores, el concepto de filtro implica tanto la capacidad de los médicos de seleccionar casos a ser derivados, como la de encargarse de la mayoría de los casos. Responsabilizar significa disponer de recursos para garantizar el bienestar a los enfermos, lo que, en alguna medida, es la misión de la atención primaria conforme la define la doctrina sanitaria más tradicional.

Valdría la pena comentar la pregunta central del texto, a saber: ¿habría fundamento científico para esa función de filtro del médico general? Los autores aportan evidencias de varias procedencias favorables a una confirmación positiva de esa cuestión, pero hay que considerar que no hay un patrón general y único del médico general. Su capacidad de resolver proble-

mas de salud, y por lo tanto, de cumplir con la función filtro, es dependiente de un conjunto muy amplio de variables que tienden a cambiar en cada situación singular. La función filtro de un médico depende de su formación, de un proceso de educación continuada que le permita acceder a progresos en el campo, de condiciones de trabajo y de la disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos que le permitan intervenir en problemas concretos. Depende aún de la cultura sanitaria de la población, si la gente está acostumbrada a recurrir a especialistas o a hospitales, de la capacidad media de auto cuidado y, finalmente, del funcionamiento del sistema de salud como un todo: o sea, cuál es el modo de acceso cuando hay demanda por atención, cuáles son las reglas y derechos de los usuarios, cuál es la capacidad instalada del sistema en cada región, entre otros factores.

Esa compleja red de relaciones torna difícil afirmar con base cuantitativa, con apoyo en evidencias estadísticas, si el modo de organizar sistemas fundados en una red de servicios de atención primaria, centrados en la figura del médico general, sería mejor o peor que otros modelos de organización de sistemas, por ejemplo, aquellos que permiten un acceso directo a especialistas, hospitales o servicios de urgencia. Esta dificultad en generalizar sobre la eficacia del trabajo de filtro de los médicos generales, es análoga a la que encontramos cuando se contraponen distintos programas o distintas alternativas para brindar atención a determinados problemas de salud: comparación entre hospitales psiquiátricos y centros de rehabilitación psicosociales, ¿la atención a enfermos con SIDA sería más eficaz cuando se realiza por equipos interdisciplinarios o por infectólogos solos?

Las metodologías objetivas consideradas científicas, que producirían evidencias, suponen una regularidad de la variable en investigación – en este caso el médico general - que raramente se encuentra en la vida y en los dispositivos o programas uti-

lizados para producir salud. ¡Un médico general no es una vacuna! Eso resulta en discusiones interminables en que factores como el interés corporativo, el paradigma teórico y los valores adoptados tienen una influencia tan grande en la elección de modelos y de políticas de salud cuanto deberían tener evidencias positivas acumuladas en experimentos controlados. En ese sentido, es probable que los médicos generalistas tengan una capacidad resolutoria de problemas de salud en un contexto histórico dado, geográfico o social y tengan otra muy distinta en otro contexto.

Esa constatación no desconoce la importancia de investigar científicamente la eficacia o la capacidad resolutoria de arreglos organizacionales en salud. En ese sentido, los autores traen un conjunto amplio de evidencias a favor de la adopción de organización de sistemas con bases en la atención primaria y en el médico general.

Los autores hacen también énfasis en la importancia del filtro personal y familiar, o sea, admiten que *“la existencia del agente de salud familiar sereno y sensato es clave para el paciente (y la familia), y para el funcionamiento adecuado de los sistemas sanitarios”*, pero enfatizan también en la importancia de contar con una transición apropiada de los cuidados informales a los cuidados profesionales, construyéndose una adecuada concatenación del trabajo del médico general y de los especialistas.

Para ellos, hay una serie de evidencias a favor de atribuir al médico general un rol central en los sistemas de salud: *“La adecuada función filtro... exige de los médicos generales una gran capacitación y actualización de sus conocimientos y una actitud de prestación de servicios que asegure la eficiencia de los cuidados a través de una alta capacidad resolutoria”*.

El artículo revela una preocupación de los autores con el papel de la clínica en la ampliación de capacidad resolutoria de la atención primaria. El concepto de filtro intenta evaluar la capacidad de los médicos generales de resolver problemas de

salud, imaginando que operen en red, no aislados sino conectados a cuidadores familiares y a especialistas.

Es interesante observar que la traducción del término función filtro al inglés para *gatekeeping* parece indicar una diferencia cultural y de valores sanitarios entre Europa – donde predomina un debate sobre el médico general integrado a sistemas públicos - y Estados Unidos de América – donde hay una reciente hegemonía de la escuela denominada de “atención gerenciada”, con énfasis en el tema del costo de la prestación de servicios de salud. *Gatekeeping* sería el guardián de la puerta del sistema e indica una preocupación mayor con impedir el acceso de pacientes a niveles especializados, no indicando que habría una dimensión de encargarse y de resolver problemas de salud, conforme se explicitó con relación a la función filtro.

Reflexiones sobre el tema de la clínica en el Programa de Salud de Familia de Brasil

Tengo una hipótesis de trabajo de que en Brasil hubo una subestimación de la importancia de la función clínica al pensar en políticas de atención primaria y por lo tanto no hay un esfuerzo concentrado para investigar la función filtro de los médicos generales.

El Programa de Salud de la Familia fue oficializado en 1994. Apareció como estrategia fundamental para garantizar viabilidad al Sistema Único de Salud (SUS) creado en 1990². Tanto en ese documento, como en la producción de intelectuales que garantizaron la sustentación de este modelo se observa el énfasis en conceptos y acciones volcadas para la dimensión colectiva o social de los problemas de salud³. Los conceptos centrales son los de promoción o vigilancia de salud, habiendo incluso la constitución de una corriente de pensamiento que se auto denominó de Vigilancia en Salud, y que hacía una crítica muy dura contra la medicina tradicio-

nal y contra sus principales avatares: proponían abandonar la centralidad del tema de la enfermedad en las prácticas de salud e imaginaban su sustitución por la salud, algunos autores afirmaron que los servicios de atención primaria deberían constituirse en espacios de salud y no de enfermedad⁴. Ese contexto cultural y teórico ha producido una situación paradójica en la cual eran valorizadas acciones de los servicios de salud dirigidas para colectivos, sea la comunidad o la familia, para la dimensión social de los problemas de salud y con una prioridad para intervenciones del orden de la promoción o prevención; al mismo tiempo, no se insertaba en la agenda una reconstrucción de la atención clínica individual. Las tareas de un equipo de salud de familia estaban circunscritas a la “territorialización” – una descripción de situaciones de salud en un territorio dado –, proyectos intersectoriales, construcción de redes sociales, visitas domiciliarias, educación en salud y atención en salud de algunas enfermedades o riesgos específicos y definidos en programas nacionales de salud.

La paradoja de esa concepción se expresa incluso en la composición del equipo oficial de salud de la familia, uno de los más amplios del mundo, ya que integran el equipo un médico de familia, un dentista, un enfermero, técnicos o auxiliares de enfermería y una nueva profesión que es el agente comunitario de salud, una mezcla de cuidador comunitario con cierto grado de profesionalización y contratado por el SUS⁵. En medio de esa intención muy fuerte de romper con la tradición médica, el rol del médico general o de familia no quedó bien definido. Tampoco han sido establecidos parámetros de capacidad resolutive clínica para estos médicos, en consecuencia, tampoco se establecieron recursos diagnósticos y terapéuticos básicos para el trabajo médico en la atención primaria.

Hay algunas explicaciones probables para ese desarrollo paradójico de la atención primaria en Brasil. Una de ellas es que

en función de nuestro patrón de distribución de renta y de las pésimas condiciones de vida de la mayoría de la población, de hecho, problemas de salud con fuerte determinación por condiciones sociales tienen una gran incidencia. Así ese modelo, en las ciudades donde fue implantado, ha tenido capacidad de reducir la mortalidad infantil gracias a medidas simples como ampliación de la cobertura de vacunas, rehidratación oral, suministro de alimentos y tratamiento de infecciones respiratorias agudas⁶. Si bien ha tenido menos éxito en el control de epidemias o de endemias importantes en Brasil, como tuberculosis, hanseníase, dengue y malaria, por lo menos, consideró estos problemas como temas relevantes para el sistema. Sin embargo, en relación a otros problemas de salud hubo una selección de algunos en detrimento de un abordaje más amplio. Se montaron programas de salud para hipertensión arterial, diabetes, embarazo y protección a los niños.

Mientras en los documentos oficiales se hace mención al hecho de que el Programa de Salud de Familia sería una estrategia integrada para la construcción de un sistema de salud, y no solamente un programa focal para miserables, en la práctica, se observa una dirección de esos programas para poblaciones muy pobres del nordeste y norte de Brasil o para barrios muy carentes de otras regiones. En ese sentido el referencial teórico para esta construcción fue mucho más la doctrina de los Silos (Sistemas locales de salud) divulgada por OPS/OMS⁷ que la tradición de países europeos con larga experiencia en gestión de sistemas nacionales de salud.

Por fin, hay que considerar que la matriz doctrinaria de la Salud Colectiva brasileña ha tenido gran influencia en el SUS como un todo, pero también entre los idealizadores del Programa de Salud de la Familia. El movimiento sanitario de donde se originó la Salud Colectiva siempre ha sido muy politizado y muy crítico al modelo centrado en hospitales, en la medicina curativa y en especialistas, existente en

Brasil. Resaltó la determinación social del proceso salud enfermedad y la importancia de pensar en la salud como un derecho de todos, un deber del Estado y dependiente de políticas públicas productoras de bienestar. El movimiento expresivo en Canadá y abrazado como línea oficial por muchas organizaciones internacionales, Promoción en salud, igualmente ha influenciado bastante en el diseño de ese programa. Estas dos corrientes de pensamiento hacen énfasis en prácticas sociales y discuten poco la organización de la atención clínica. Esa mirada contribuyó tanto para extender la concepción sanitaria brasileña como para dificultar un examen más detallado de la racionalidad específica de las acciones de orden clínica.

Cabe reconocer que en Brasil algunos autores aislados han repensado la práctica clínica, intentando combinar la función de salud colectiva con la función clínica en la atención primaria. Además se propuso una reconstrucción y ampliación de la clínica, incorporando el tema del sujeto y de la construcción de autonomía como un producto de la atención⁸. Un movimiento de médicos especialistas en salud de familia y comunidad, agregados a la "Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade", se ha constituido en otra excepción ya que tienen una amplia producción sobre la práctica clínica en la atención primaria⁹.

Funciones de la red de atención primaria

Según la doctrina de administración de sistemas públicos de salud, la atención primaria es una de las principales puertas de entrada para los sistemas de salud (no la única porque implicaría una burocratización intolerable, los servicios de urgencia son otra puerta posible y necesaria, por ejemplo). Hay recomendaciones para que la atención primaria se encargue del 80% de los problemas de salud de una población¹⁰. Para que ese rol y ese encargo sean posibles es fundamental articular tres fun-

ciones básicas para la red de atención primaria en salud¹¹:

- **Atención a la demanda y búsqueda activa con evaluación de riesgo y de vulnerabilidad de pacientes, familias y comunidades:** Sin esa función la atención primaria no se constituirá en principal puerta del sistema. Esta dimensión implica lidiar con la demanda y presupone disposición, organización y preparación del equipo para recibir, en momentos y horarios variables, gran variabilidad de demandas y evaluar los riesgos implicados, garantizando atención con la máxima capacidad posible de resolver problemas. Al mismo tiempo, por medio del recurso de la visita domiciliaria, adscripción de clientela y análisis de las condiciones de salud de la comunidad, vincular personas, familias y comunidad a los equipos de salud de la familia.
- **Clínica ampliada:** la clínica realizada en la red de atención primaria tiene una serie de especificidades, lo que la torna distinta de aquella realizada en grandes centros hospitalarios o ambulatorios de especialidades. Al revés de lo que se acostumbra afirmar hay gran complejidad en las intervenciones en la atención primaria. Lo complejo se define en términos de número de variables involucradas en un proceso, en este sentido es necesario intervenir sobre la dimensión biológica u orgánica de los riesgos o enfermedades, pero será también necesario encarar los riesgos subjetivos y sociales. Esas dimensiones estarán presentes en todo trabajo de salud, aunque en la atención primaria presenten una expresión mayor, siendo necesario no solamente considerar esos aspectos en el momento del diagnóstico, sino también lograr acciones que incidan sobre estas tres diferentes dimensiones. La proximidad con redes familiares y sociales de los pacientes facilita esas intervenciones, pero sin eliminar su complejidad.

Otra estrategia importante es crear posibilidades para construir vínculos duraderos con enfermos, estos dispositivos son una condición para el incremento de la eficacia de las intervenciones clínicas. Cuando hay relación estable en el tiempo entre el médico general y su equipo y el enfermo, es posible construir una clínica ampliada, partiendo de su núcleo biomédico para los aspectos subjetivos y sociales de cada sujeto, respetándose la característica singular de cada caso - 'cada caso es un caso' - sin abrir mano de criterios técnicos previamente definidos (evidencias clínicas, programas, etc.).

- **Salud Colectiva:** será aún necesario que el equipo de atención primaria realice procedimientos de carácter preventivo y de promoción de la salud. Búsqueda activa de enfermos, vacunas, educación en salud, medidas para mejorar la calidad de vida, proyectos intersectoriales, son procedimientos importantes para ampliar la capacidad de resolución y de prevención de problemas de salud¹².

En la práctica, esas funciones están entrecruzadas, y para que sean factibles es necesario el trabajo de un equipo interdisciplinario y no solo del médico general. Ningún profesional conseguiría tener un volumen de conocimientos y de habilidades suficientes para cumplir simultáneamente con esas tres funciones. Por ese motivo en Brasil, el Ministerio de la Salud, desde 1994, apoyándose en experiencias municipales, adoptó un diseño especial para componer el equipo básico de salud de la familia: todos con formación y función de generalistas¹³.

En algunos locales hay experiencias que incorporan a otros profesionales, en esos casos se organizan redes de Soporte Matricial, el médico y el enfermero general trabajan articulados con profesionales de salud mental, rehabilitación, nutrición, salud colectiva, entre otras¹⁴.

La composición de esas tres funciones

no es una tarea simple. Es posible observar redes que se dedican solamente a la prevención de riesgos y promoción comunitarios dejando toda la capacidad resolutiva clínica para la red de urgencia y hospitalaria. En otros casos, se observa equipos dedicados a la atención clínica pero

con baja calidad y pequeña acción sobre determinantes subjetivos y sociales. La función filtro sería como que una síntesis de esas tres funciones cuando bien integradas y adecuadas al contexto específico de cada región. ¡El filo de la navaja!

Bibliografía

1. Gérvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2): 205-17.
2. Brasil – *Programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
3. Andrade LOM. *SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento*. São Paulo: Editora Hucitec; 2001.
4. Mendes EV. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: editora Hucitec/Abrasco; 1993.
5. Brasil – *Manual para organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
6. Brasil – *Saúde Brasil – 2004: uma análise da situação de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; 2004.
7. OMS/OPAS – *Los Sistemas Locales de Salud: conceptos, métodos y experiencias*. Washington/DC: Publicación Científica – 519; 1990.
8. Campos GWS. *Gestión en salud: en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar editorial; 2001.
9. SBMF – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. *História da medicina de família e comunidade no Brasil*. Porto Alegre: edição SBMFC; 2002.
10. World Health Organization. *Primary Health Care*. Ginebra: WHO; 1978.
11. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.
12. World Health Organization. *Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994.
13. Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde dentro de casa: Programa de Saúde da Família*. Brasília: documento oficial; 1994.
14. Campos GWS. *Equipes de referência e apoio matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde*. *Abrasco – Rev Ciência e Saúde Coletiva* 1999; 4(2): 393-404.