

## Acceso potencial a la Atención Primaria de Salud: ¿Qué muestran los datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de Brasil?

Severina Alice da Costa Uchôa<sup>1</sup>  
Ricardo Alexandre Arcêncio<sup>2</sup>  
Inês Santos Estevinho Fronteira<sup>3</sup>  
Ardigleusa Alves Coêlho<sup>4</sup>  
Claudia Santos Martiniano<sup>4</sup>  
Isabel Cristina Araújo Brandão<sup>5</sup>  
Mellina Yamamura<sup>6</sup>  
Renata Melo Maroto<sup>7</sup>  
Anny Karine Freire da Silva<sup>8</sup>

Objetivo: analizar la influencia de indicadores contextuales en el desempeño de los municipios respecto al acceso potencial a la Atención Primaria de Salud en Brasil. Método: estudio descriptivo multicéntrico, con datos secundarios de la Evaluación Externa del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención y participación de 17.202 Equipos de Atención Básica. Fue aplicada la prueba ji-cuadrada de proporciones para verificar diferencias entre los estratos de municipios en las dimensiones territorialización, oferta, coordinación e integración. Cuando necesario, fue considerada la Prueba ji-cuadrado con corrección de Yates o la Prueba Exacta de Fisher. Para la variable población, fue aplicada la prueba Kruskal-Wallis. Resultados: La mayoría de los participantes era enfermero (n=15.876; 92,3%). Fueron observadas diferencias estadísticamente significativas entre los municipios en términos de territorialización (p=0,0000), disponibilidad (p=0,0000), coordinación del cuidado (p=0,0000), integración (p=0,0000) y oferta (p=0,0000), verificándose que los municipios en el estrato 6 tienden a mostrar mejor desempeño en esas dimensiones, con mejor performance en todas las dimensiones analizadas en los estrato 4, 5 y 6. Conclusión: fragilidad en los estratos de municipios menores, confirmando iniquidades en el acceso potencial a la Atención Primaria de Salud como retos a la cobertura universal. Se destaca el papel preponderante del enfermero para su alcance.

Descriptores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Primeros Auxilios; Cobertura Universal.

- <sup>1</sup> Estudiante de postdoctorado, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal. Profesor Asociado, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.
- <sup>2</sup> PhD, Profesor Doctor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- <sup>3</sup> PhD, Profesor Auxiliar, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- <sup>4</sup> PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.
- <sup>5</sup> MSc, Profesor, Departamento de Enfermagem, Centro Universitário FACEX, Natal, RN, Brasil.
- <sup>6</sup> Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Auxiliar, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil. Becado de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.
- <sup>7</sup> Estudiante de doctorado, Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.
- <sup>8</sup> Especialista en Lectura y Producción de Textos.

### Cómo citar este artículo

Uchôa SAC, Arcêncio RA, Fronteira I, Coêlho AA, Martiniano CS, Brandão ICA, et al. Potential access to primary health care: what do the data from the National Program for Access and Quality Improvement show? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2672. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1069.2672>. mes día año URL

## Introducción

En 2005, los países miembros de la Organización Mundial de Salud (OMS) se comprometieron con el alcance de la meta de cobertura universal de salud prevista en los objetivos del milenio y agenda post-2015, con objeto de mejorar la salud y el bienestar de la población. La cobertura universal se define como acceso y uso oportuno de los servicios, considerando la comprensión de las funciones del sistema de salud; agentes de salud disponibles, motivados y cualificados; acceso a medicamentos y productos de salud esenciales; servicios integrados, de calidad, centrados en el paciente; promoción de la salud y control de enfermedades; sistema de información preciso para toma de decisión y financiación con protección contra los riesgos financieros<sup>(1)</sup>. Tanto en las 25 naciones más ricas como en aquellas en vías de desarrollo, por ejemplo Brasil, México y Tailandia e incluso en aquellas de baja renta como Gana, Filipinas, Ruanda y Vietnam, hay un movimiento creciente en esa dirección<sup>(2)</sup>.

En Brasil, desde la constitución de 1988, se hicieron esfuerzos para cobertura universal como derecho a través del Sistema Único de Salud (SUS). En 1994, implantó la Salud de la Familia, basada en el cuidado integral y trabajo en equipo multidisciplinario. Con esa estrategia, se expandió la cobertura, alcanzando 57% de la población (108 millones de personas) en 2013<sup>(3)</sup>.

Sin embargo, el acceso ha sido fuertemente marcado por las desigualdades sociales, con desventaja de las poblaciones en situación de vulnerabilidad con impacto en las condiciones de salud de esos grupos, haciendo con que vivencien mayor número de iatrogenias, reciban servicios de peor calidad y además sufran más con algunas condiciones de salud, incluyendo muertes evitables y prematuras. Así, nuevas formas de organización de los sistemas, con perspectivas de cobertura universal de hecho, han sido vislumbradas para alcanzar la equidad y la integralidad de las acciones<sup>(4)</sup>.

Otro reto es la escasez en la distribución, competencia y composición de recursos humanos, especialmente de médicos, enfermeras y parteras<sup>(5)</sup>. En respuesta al componente más crítico – médicos – fueron adoptados programas de incentivos a su provisión y cualificación a través del Programa de Valorización de la Atención Básica e importación de médicos extranjeros con el *Más Médicos* para Brasil<sup>(6)</sup>.

Un avance significativo hacia el acceso a los servicios de salud con calidad y mejores condiciones de trabajo fue la implantación del primer ciclo del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica

(PMAQ-AB)<sup>(7)</sup>. El programa está organizado en cuatro fases: adhesión voluntaria de los gestores municipales; contratación por cada Equipo de Atención Básica (EAB) de indicadores de desempeño y monitoreo; desarrollo con auto-evaluación, apoyo institucional y educación permanente; evaluación externa y recontractación, iniciando un nuevo ciclo de calidad. En la evaluación externa, 6 (seis) Instituciones de Educación Superior (IES) se juntaron en todo el territorio nacional para verificar, *in loco*, la estructura de las Unidades Básicas de Salud (UBS) (censo) y el proceso de trabajo de los EAB contratados.

La complejidad del paradigma de la cobertura universal ha suscitado, en años recientes, estudios teóricos<sup>(8)</sup> sobre sus principios y repercusiones en el escenario brasileño y algunos empíricos sobre APS<sup>(9)</sup>; utilización de servicios<sup>(10)</sup>; de medicamentos<sup>(11)</sup> y prácticas educativas<sup>(12)</sup>.

Respecto a las contribuciones sobre el tema, siguen escasos los estudios de alcance nacional que analizan las relaciones entre contexto, centralidad del trabajo de los profesionales en los equipos y acceso con foco en la equidad. La finalidad de este artículo es, con base en la evaluación externa del PMAQ-AB, analizar la influencia de indicadores contextuales en el desempeño de los municipios respecto al acceso potencial a la APS en Brasil. Se discute, además, la contribución del trabajo de la enfermería en ese acceso.

## Método

### Tipo de estudio

Se trata de un estudio de cohorte transversal, que utiliza datos oriundos del banco de Evaluadores Externos del PMAQ, de alcance nacional.

### Escenario de la investigación

La adhesión al ciclo 1 del PMAQ correspondió a 17.482 Equipos de Atención Básica (EAB distribuidas en 3.944 (70,8%) del número total de municipios en 14.111 Unidades Básicas de Salud (UBS)<sup>(7)</sup>. Entre estos, 17.202 fueron reclutados para el estudio, porque sus cuestionarios fueron validados en el banco de Ministerio de Salud.

### Población y muestra

La población del estudio abarca profesionales vinculados al equipo de Atención Básica y habilitados en el PMAQ<sup>(7)</sup>, siendo médicos, enfermeros, dentistas. En cada equipo fue elegida para el estudio solamente una unidad por muestreo.

## Instrumentos de medida e fuentes de datos

Los cuestionarios con preguntas cerradas fueron proporcionados en *tablets*, aplicados por entrevistadores sometidos a la misma capacitación bajo supervisión. A seguir, fueron enviados en línea al sistema del Ministerio de Salud, accedidos y validados por las IES basadas en el protocolo de análisis de la consistencia y validación de los datos recolectados a través del programa Validador en línea del PMAQ-AB. Para analizar los datos, fueron acá incluidas la caracterización de los respondientes y cuatro (4) dimensiones del cuestionario Módulo II – Entrevista con Profesional del Equipo de Atención Básica y Verificación de Documentos en la Unidad de Salud de la Evaluación Externa del PMAQ-AB 1º ciclo<sup>(7)</sup>. Fueron elegidas las dimensiones consideradas por los autores como señalizadores del grado de acceso potencial, que están descritas en el plan de análisis.

## Clasificación de los municipios según las variables de contexto

Se subraya que los municipios reclutados para el estudio están clasificados en 6 estratos, considerando el Producto Interno Bruto (PIB) *per capita*, el Porcentaje de la población con Bolsa Familia, el Porcentaje de la población en pobreza extrema y la Densidad Demográfica.

La composición de los estratos consideró, para cada municipio, la menor puntuación entre el porcentaje de la población con *Bolsa Família* y el porcentaje de la población en pobreza extrema: estrato 1 – Municipios con puntuación inferior a 4,82 y población de hasta 10 mil habitantes); estrato 2 – Municipios con puntuación inferior a 4,82 y población de hasta 20 mil habitantes; estrato 3 – Municipios con puntuación inferior a 4,82 y población de hasta 50 mil habitantes; estrato 4 – Municipios con puntuación entre 4,82 y 5,40 y población de hasta 100 mil habitantes; estrato 5 – Municipios con puntuación entre 5,41 y 5,85 y población de hasta 500 mil habitantes; y municipios con puntuación inferior a 5,4 y población entre 100,1 y 500 mil habitantes y estrato 6 – Municipios con población superior a 500 mil habitantes o con puntuación igual o superior a 5,85<sup>(7)</sup>.

Las variables consideradas para evaluar el acceso potencial están descritas en las Tablas 1, 2 y 3 con dimensiones, variables, su característica y naturaleza.

## Plan de análisis

Inicialmente, fue efectuado el análisis descriptivo de las características de los estratos de los municipios en términos de recursos ofertados. Respecto al desempeño de los municipios respecto al acceso,

ese fue medido utilizándose cuatro dimensiones del instrumento del PMAQ: territorialización, oferta, coordinación del usuario e integración. Para tal, las variables fueron dicotomizadas entre sí y no, aplicando la prueba ji-cuadrado de proporciones para verificar diferencias entre los estratos de municipios respecto a las dimensiones para el acceso potencial. Cuando necesario, fueron considerados también la prueba ji-cuadrado con corrección de Yates o el Test Exacto de Fisher. Para la variable población, fue aplicada la prueba Kruskal-Wallis para verificar diferencias con relación a la mediana de habitantes acompañados por estrato. En todas las pruebas aplicadas, el alfa fue determinado en 5% ( $\alpha = 0,05$ ).

## Aspectos éticos

El proyecto multicéntrico que produjo el banco de datos fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, bajo el número 21904, el 13 de marzo de 2012, y cumplió con las recomendaciones de la Resolución 196/1996 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de la Salud.

## Resultados

Fueron reclutados para el estudio 17202 profesionales de salud. La mayoría era enfermero ( $n = 15876$ ; 92,3%) con tiempo de experiencia entre 1 y 3 años. Además, participaron del estudio 963 médicos (5,6%) y 363 (2,1%) dentistas con período de actividad equivalente.

Entre los sujetos reclutados, predominaron profesionales vinculados a la Estrategia de Salud de la Familia con salud bucal ( $n = 12.075$ ; 70,2%). Se verificó mediana de un (1) profesional médico, enfermero, técnico de enfermería y cirujano-dentista por equipo. Los datos revelan además que 5991 (49,6%) participantes no lograron responder si los usuarios adscritos a sus unidades podían elegir la unidad de salud para seguimiento.

En la Tabla 1, se verificó el desempeño de los municipios para el acceso de los usuarios, considerando los estratos establecidos en el PMAQ. Fueron constatadas diferencias estadísticamente significativas entre los municipios de los estratos 1, 2 y 3 con los estratos 4, 5 y 6, observándose que los profesionales de esos últimos se someten más a las cualificaciones ( $p = 0,0000$ ). Respecto al plan de carrera, también fueron observadas diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,0000$ ), siendo que los municipios de los estratos 4, 5 y 6 revelan indicadores mejores; valores inferiores fueron encontrados en los estratos 1, 2 y 3. En esos

últimos, fueron observadas diferencias estadísticamente significativas respecto a la política de formación y educación permanente ( $p = 0,0000$ ).

También en la Tabla 1, se observan diferencias estadísticamente significativas en términos de cobertura poblacional, en que los estratos 5 y 6 acompañan un número mediano de personas muy superior a los estratos 1, 2 y 3. Asimismo pueden ser observadas diferencias estadísticamente significativas entre los municipios en términos de territorialización, verificando que los municipios de los estratos 4, 5 y 6 revelan mejores indicadores cuando comparados a los otros, con mayor proporción cubierta por el equipo de atención básica ( $p=0,0000$ ) y con frecuencia de visitas domiciliarias todos los días a las familias ( $p=0,0000$ ).

En la tabla 2, están destacados los indicadores de desempeño relacionados a la disponibilidad de recursos, capacidad de coordinación e integración. Se puede observar que, una vez más, los estratos 4, 5 y 6

muestran mejores notas, con significancia estadística, como la escucha a las necesidades de los usuarios ( $p=0,0000$ ), acogimiento con clasificación de riesgo ( $p=0,0000$ ) y agenda organizada para la práctica de las visitas domiciliarias ( $p=0,0000$ ). Los registros de las quejas y conductas por el equipo para la coordinación del cuidado, además de la existencia de un sistema de registro ( $p=0,0000$ ) y presencia de un sistema instituido de regulación ( $p=0,0000$ ) también fueron aspectos en que los municipios 4, 5 y 6 tuvieron mejor desempeño.

La tabla 3 muestra el desempeño de los municipios respecto a la oferta o al rol de servicios. Aquellos clasificados en los estratos 4, 5 y 6 mostraron mejores indicadores respecto a medicamentos suficientes para atender a su población ( $p=0,0000$ ). Sin embargo, una mayor proporción de profesionales en el estrato 6 relataron el uso de prácticas de salud alternativas o complementarias ( $p=0,0000$ ).

Tabla 1 - Desempeño de los municipios respecto a la calificación profesional y territorialización para el acceso de los usuarios a los sistemas de cobertura universal según estratos, Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica, Brasil, 2012.

Dimensión	Variables	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Calificación Profesional	Tiene o está cursando formación complementaria (n=17.202)							0,000
	Sí	1.708 (9,93)	1.795 (10,43)	2.050 (11,92)	2.694 (15,66)	2.460 (14,30)	3.642 (21,17)	
	No	457 (2,66)	478 (2,78)	477 (2,77)	572 (3,33)	354 (2,06)	515 (2,99)	
	Tiene plan de carrera (n=16.936)							0,000
	Sí	253 (1,49)	159 (0,94)	246 (1,46)	574 (3,39)	581 (3,43)	1.810 (10,69)	
	No	1.877 (11,08)	2.069 (12,22)	2.245 (13,26)	2.647 (15,63)	2.194 (12,95)	2.279 (13,46)	
Territorialización	Existen acciones de educación permanente que involucran los profesionales de la atención básica (n=17.113)							0,000
	Sí	1.432 (8,37)	1.596 (9,33)	1.878 (10,97)	2.601 (15,20)	2.481 (14,50)	3.969 (23,19)	
	No	720 (4,21)	658 (3,85)	630 (3,68)	650 (3,80)	325 (1,90)	173 (1,01)	
Territorialización	Cuál el número de personas bajo la responsabilidad del equipo							0,0001†
	Promedio	2165	2273	2527	3266	2814	4157	
	Consideró criterios de riesgo y vulnerabilidad para la definición de personas bajo la responsabilidad del equipo (n=15.691)							0,0000
	Sí	1.024 (6,53)	1.141 (7,27)	1.323 (8,43)	1.705 (10,87)	1.423 (9,07)	2.648 (16,88)	
	No	951 (6,06)	877 (5,59)	937 (5,97)	1.265 (8,06)	1.115 (7,11)	1.282 (8,17)	
	Existe definición del área de alcance del equipo (n=17.150)							0,0000
	Sí	2.086 (12,16)	2.197 (12,81)	2.456 (14,32)	3.190 (18,60)	2.763 (16,11)	4.113 (23,98)	
	No	68 (0,40)	60 (0,35)	63 (0,37)	71 (0,41)	43 (0,25)	40 (0,23)	
	Existe población descubierta por la atención básica en el entorno del territorio de alcance del equipo (n=17.092)							0,0000
	Sí	369 (2,16)	534 (3,12)	888 (5,20)	1.083 (6,34)	1.391 (8,14)	1.513 (8,85)	
	No	1.783 (10,43)	1.724 (10,09)	1.618 (9,47)	2.170 (12,70)	1.406 (8,23)	2.613 (15,29)	
	Con cuál frecuencia las personas fuera del área de alcance del equipo son atendidas por este equipo (n=16.855)							0,0000
Todos los días	900 (5,34)	828 (4,91)	1.001 (5,94)	1.247 (7,40)	1.255 (7,45)	2.152 (12,77)		
Algunos días de la semana	966 (5,73)	1.135 (6,73)	1.201 (7,13)	1.502 (8,91)	1.222 (7,25)	1.673 (9,93)		
Ningún día de la semana	248 (1,47)	243 (1,44)	266 (1,58)	451 (2,68)	287 (1,70)	178 (1,65)		

\* p valor estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

† Aplicada prueba Kruskal-Wallis.

Fuente: Banco de datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica - 1º ciclo, Ministerio de Salud, Brasil, 2012.

Tabla 2 – Desempeño de los municipios respecto a la disponibilidad de recursos, coordinación del cuidado y capacidad de integración entre los servicios para el acceso de los usuarios a los sistemas de cobertura universal según estratos, Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica, Brasil, 2012

Dimensión	Variables	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Disponibilidad	Los usuarios que llegan espontáneamente tienen sus necesidades escuchadas y evaluadas (n=17.140)							0,0000
	Sí	2.121 (12,37)	2.202 (12,85)	2.442 (14,25)	3.180 (18,55)	2.689 (15,69)	4.078 (23,79)	
	No	38 (0,22)	59 (0,34)	80 (0,47)	83 (0,48)	108 (0,63)	60 (0,35)	
	El equipo hace evaluación de riesgo y vulnerabilidad en el acogimiento de los usuarios (n=13.739)							0,0066
	Sí	1.265 (9,21)	1.385 (10,08)	1.645 (11,97)	2.286 (16,64)	2.050 (14,92)	3.442 (25,05)	
	No	192 (1,40)	221 (1,61)	248 (1,81)	324 (2,36)	236 (1,72)	445 (3,24)	
	La agenda está organizada para la práctica de visitas domiciliarias (n=13.951)							0,0000
	Sí	1.418 (10,16)	1.628 (11,67)	1.865 (13,37)	2.391 (17,14)	2.253 (16,15)	3.697 (26,50)	
	No	134 (0,96)	115 (0,82)	114 (0,82)	149 (1,07)	104 (0,75)	83 (0,59)	
Coordinación del Cuidado	Mantiene registro de los usuarios de mayor riesgo encaminados para otros servicios de atención (n=17.104)							0,0000
	Sí	826 (4,83)	818 (4,78)	1.104 (6,45)	1.474 (8,62)	1.353 (7,91)	2.385 (13,94)	
	No	1.310 (7,66)	1.439 (8,41)	1.405 (8,21)	1.785 (10,44)	1.449 (8,47)	1.756 (10,27)	
	Existe documento que comprueba coordinación (n= 7960)							0,0000
	Sí	605 (7,60)	638 (8,02)	913 (11,47)	1.206 (15,15)	1.132 (14,22)	1.978 (24,85)	
	No	221 (2,78)	180 (2,26)	191 (2,40)	268 (3,37)	221 (2,78)	407 (5,11)	
	Existen protocolos que orientan la priorización de los casos que necesitan de encaminamiento (n=17.037)							0,0000
	Sí	581 (3,41)	613 (3,60)	807 (4,74)	1.213 (7,12)	1.228 (7,21)	2.907 (17,06)	
	No	1.558 (9,14)	1.636 (9,60)	1.685 (9,89)	2.036 (11,95)	1.567 (9,20)	1.206 (7,08)	
Integración	Existe central de regulación (n=17.201)							0,0000
	Sí	1.880 (10,93)	2.006 (11,66)	2.239 (13,02)	2.907 (16,90)	2.540 (14,77)	4.027 (23,41)	
	No	284 (1,65)	267 (1,55)	288 (1,67)	359 (2,09)	274 (1,59)	130 (0,76)	
Integración	Existe ficha de encaminamiento de los usuarios para los demás puntos de atención (n=17.201)							0,0000
	Sí	1.752 (10,19)	1.828 (10,63)	2.138 (12,43)	2.970 (17,27)	2.615 (15,20)	4.055 (23,57)	
	No	412 (2,40)	445 (2,59)	389 (2,26)	296 (1,72)	199 (1,16)	102 (0,59)	

\*p valor estadísticamente significativo (p<0,05).

Fuente: Banco de datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica – 1º ciclo, Ministerio de Salud, Brasil, 2012

Tabla 3 - Desempeño de los municipios respecto a la oferta y el rol de servicios para el acceso a los sistemas de cobertura universal según estratos, Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica , Brasil, 2012

Dimensión	Variables	Estratos						p valor*
		1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	
Oferta	Recibe medicamentos de la farmacia básica suficientes para atender a su población (n=17.161)							0,0000
	Sí	1.459 (8,50)	1.490 (8,68)	1.722 (10,03)	2.210 (12,88)	1.830 (10,66)	2.898 (16,89)	
	No	378 (2,20)	457 (2,66)	614 (3,58)	644 (3,75)	718 (4,18)	2.077 (6,28)	
	No recibe medicamentos	316 (1,84)	320 (1,86)	187 (1,09)	406 (2,37)	263 (1,53)	172 (1,00)	
	Ofrece servicio de prácticas integrativas y complementarias para los usuarios del territorio (n=17.199)							0,0000
	Sí	235 (1,37)	230 (1,34)	305 (1,77)	381 (2,22)	512 (2,98)	1.546 (8,99)	
	No	1.929 (11,22)	2.042 (11,87)	2.222 (12,92)	2.885 (16,77)	2.301 (13,38)	2.611 (15,18)	
	Lleva a cabo visita domiciliar (n=17.199)							0,0075
	Sí	2.146 (12,48)	2.262 (13,15)	2.521 (14,66)	3.253 (18,91)	2.802 (16,29)	4.148 (24,12)	
	No	18 (0,10)	10 (0,06)	6 (0,03)	13 (0,08)	11 (0,06)	9 (0,05)	
	Las familias del área de alcance son visitadas con periodicidad según evaluaciones de riesgo y vulnerabilidad (n=17.132)							0,0000
	Sí	1.963 (11,46)	2.069 (12,08)	2.345 (13,69)	2.997 (15,30)	2.621 (15,30)	3.986 (23,27)	
	No	183 (1,07)	193 (1,13)	176 (1,03)	256 (1,49)	181 (1,06)	162 (0,95)	

\*p valor estadísticamente significativo (p<0,05).

Fuente: Banco de datos del Programa de Mejora del Acceso y de la Calidad de la Atención Básica – 1º ciclo, Ministerio de Salud, Brasil, 2012

## Discusión

La participación preponderante del enfermero como respondiente en todos los estratos revela su involucramiento con la APS. La organización de los enfermeros en redes internacionales, reconocida por la Organización Panamericana de Salud, destaca ese papel para cobertura universal de salud<sup>(5)</sup>. En la evaluación de la influencia de indicadores contextuales y de salud en la cualificación profesional y territorialización, se verificó mejor desempeño en los estratos 4, 5, 6 de municipios con mayor porte poblacional y desarrollo socioeconómico. Muestra distribución desigual de profesionales médicos y enfermeros cualificados, factor limitante a la cobertura universal<sup>(3,13)</sup>. Ese factor ocurre también en diversos países como Estados Unidos, Australia<sup>(13)</sup>, México, Gana y Tailandia<sup>(3)</sup>, China<sup>(14)</sup>. Las estrategias para atraer y fijar los profesionales son contextuales y multifacéticas y su calificación a lo largo de la carrera se destaca en la esfera global<sup>(13,15)</sup>.

El PMAQ reveló estrategias de calificación y educación permanente de los equipos aliadas al uso de tecnología de información y comunicación, facilitadoras de la calificación, mejor capacidad de solución y mayor comunicación entre los médicos generalistas de la APS y especialistas<sup>(16)</sup>.

Con relación a la territorialización, se destaca una cobertura con el número adecuado de personas por equipo de salud. En Brasil, la territorialización se profundiza con la expansión de la cobertura por la Salud de la Familia, en la lógica oferta-servicio-territorio, a pesar de un grado de flexibilización del territorio a las necesidades de la población, vínculo y responsabilización. Sin embargo, la planificación a partir de la lógica del servicio acaba limitando la oferta<sup>(17)</sup>.

Por una parte, la Salud de la Familia se concretiza como estrategia hacia la cobertura universal, con inclusión de poblaciones antes sin atención y, por otra parte, el número elevado de personas aunque respetando parámetros, amplio espectro de atribuciones y responsabilidad de promoción, prevención y tratamiento de grupos prioritarios, enfermedades crónicas, situaciones de vulnerabilidad estratégicas sobrecargan los profesionales<sup>(18)</sup>. La experiencia brasileña afirma el trabajo en equipo multiprofesional como potencializador de las diferentes dimensiones del cuidado ante la ampliación de la cobertura<sup>(19)</sup>. Ese aspecto relativo al mayor impacto de la colaboración interprofesional de los equipos de cuidados primarios, particularmente en las enfermedades crónicas, puede ser visto en la literatura de otros países, donde queda claro la necesidad de clarificaciones sobre sus potencialidades y límites<sup>(20)</sup>.

Respecto a la disponibilidad, se verifica que las necesidades de los usuarios que buscan el servicio espontáneamente son evaluadas y atendidas en todos los estratos, también con mejor desempeño para los estratos de mayor tamaño poblacional. Las iniciativas de la Salud de la Familia de integrar los dos tipos de demandas – espontánea y marcada – representan uno de los mayores retos al acceso. Demanda alteración de la racionalidad técnica para centrada en el usuario, base de los principios de la APS. Con base en el acúmulo internacional de lecciones aprendidas desde los años 1990 en Dinamarca y Reino Unido, en 2005, el Institute of Medicine (IOM) lanza propuesta de hasta el año de 2020 implantarla como uno de los dominios de la calidad de la reforma de los cuidados primarios en Estados Unidos<sup>(21)</sup>.

En este estudio, la visita domiciliar está presente en la agenda de los profesionales de municipios de todos los estratos. Las visitas domiciliarias son fundamentales a la APS y aumentan la positividad del acceso. Sin embargo, no es suficiente evaluar la ocurrencia, pero también su impacto en las condiciones de salud y calidad de los procesos. Una investigación llevada a cabo en Alemania reveló que los profesionales de la APS dudan su eficacia, la consideran una obligación y no se sienten motivados para efectuarla<sup>(22)</sup>. Esa reflexión trae a la superficie, también para la realidad brasileña, la necesidad de debate con los profesionales sobre sus efectos y formas de incentivo.

En los encaminamientos a otros puntos de la atención, a pesar de diferencias significativas entre estratos, se observa que todos relevan desempeño poco satisfactorio, infiriéndose dificultades en la responsabilización por el usuario fuera de la UBS. La existencia de centrales de regulación es más frecuente en los mismos estratos destacados anteriormente. Esos puntos revelan fragilidades en la coordinación, continuidad e integración del cuidado en los diversos niveles de atención en red. Las Redes de Atención de Salud representan la opción brasileña potenciadora del acceso y de la calidad recomendada por la Organización Panamericana de Salud como forma de combatir la fragmentación y promover la integración de los sistemas de salud de América Latina y Caribe. En estos, a resguardo de las especificidades y complejidad, se afronta una variedad de retos debido a la coexistencia de subsistemas y diferentes grados de integración en el mismo sistema, además de cuestiones estructurales<sup>(23)</sup>.

Sobre la oferta de acciones y servicios de salud, se verificó significancia estadística en los estratos en todos los aspectos evaluados, incluso medicamentos de la farmacia básica. Según la OMS, los sistemas que implementaron la cobertura universal necesitan discutir uso adecuado de medicamentos, verificar sus

beneficios y evitar los desperdicios para garantizar la sustentabilidad<sup>(24)</sup>. Se verificó baja oferta de prácticas integrativas y complementarias para los usuarios del territorio que es preconizada por el SUS desde 2006. Además, la OMS reafirma la importancia del crecimiento de la integración de la medicina científica y tradicional para la salud global<sup>(25)</sup>.

## Limitaciones

El banco de la evaluación externa del ciclo 1 PMAQ tiene limitaciones en la generalización porque no abarcan todos los equipos y trabajan con muestra no estadísticamente representativa que, debido a las cuestionas de factibilidad y/o la característica política de la evaluación, presupone adhesión voluntario del gestor municipal de salud. Sin embargo, es innegable su alcance inédita en todo el territorio nacional con homogeneidad metodológica. El agrupamiento por estratos reveló desigualdades en la oferta, avances y nudos críticos entre los grupos de municipios (estratos). La principal limitación está en el recorte necesario del objeto, que es multifacético. Con los datos disponibles, no se pudo evaluar las dimensiones de las necesidades, ni el uso efectivo de los servicios y su impacto en la salud de la población. Las informaciones fueron basadas en respuestas de práctica y no práctica y se recomienda profundizar como están siendo practicadas las acciones y sus adecuaciones a las demandas y a los parámetros de calidad. Se sugiere el desarrollo de otros trabajos, con el uso de múltiples métodos capaces de articular el aspecto cuantitativo con estudios de caso cualitativos, para mejor aprehender la complejidad del objeto.

## Conclusiones

El estudio evidenció que existe una relación entre acceso y condiciones socioeconómicas. Conforme aumentan los estratos de los municipios, el acceso a los servicios tiende a ser mejor pero, dentro de un contexto de desigualdades e inequidades sociales, se perciben limitaciones que comprometen el alcance de la cobertura universal, tales como fragilidades en la organización de las acciones de salud referentes a la disponibilidad, coordinación del cuidado, integración, oferta, principalmente en los municipios agrupados en los estratos de 1 a 3. Ante el involucramiento del enfermero con la organización de las acciones de salud, se considera que ese profesional viene contribuyendo al acceso potencial en la APS en Brasil. Su formación orientada a esa área muestra currículos alineados a las políticas sociales del SUS, que abarcan contenidos de antropología, sociología, gestión en salud, liderazgo y

prácticas sanitarias en las comunidades. Ese factor lo hace más poroso a las innovaciones y liderazgos de los equipos en el ámbito de la APS, con mayor motivación a la promoción de cambios, que se contraponen a una remuneración baja en el sector privado. Su involucramiento trae el reto del reconocimiento de su competencia y autonomía en la prescripción y en los cuidados no exclusivos de la categoría médica.

## Referencias

1. Abiiró GA, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debates. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015;15(17):1-7.
2. Rodin J. Accelerating action towards universal health coverage by applying a gender lens. *Bull World Health Organ*. 2013;91(9):710-11.
3. Campell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ*. 2013;91:853-63.
4. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *The Lancet*. 2003;362(1):233-41.
5. Cassiani SHDB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):891-2.
6. Molina J. Para não perder o trem da história! *Rev. esc. enferm. USP*. 2014;48(1):8-17.
7. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde debate*. 2014;38(spe):358-72.
8. Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. saúde pública*. 2013;29(5):847-9.
9. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(7):1273-84.
10. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS, et al. Características da utilização de serviços de Atenção Básica à Saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(1):4395-404.
11. Leão C, Caldeira AP. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(11):4415-23.

12. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(11):2923-30.
13. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(54):623-34.
14. Wang X, Zheng A, He X, Jiang H. Integration of rural and urban healthcare insurance schemes in China: an empirical research. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(42):1-10.
15. Huicho L, Dieleman M, Campbell J, Codjia L, Balabanova D, Dussault G, et al. Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):357-63.
16. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Almeida PF, Fausto MCR, et al. Potencialidades e obstáculos para a consolidação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos. *Saúde em Debate*. 2010;34(85):248-64.
17. Faria RM. A Territorialização da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. *Hygeia*. 2013;9(16):121-30.
18. Souza MB; Rocha PM; Sá AB; Uchoa SAC. Trabalho em equipe na atenção primária: a experiência de Portugal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):190-5
19. Tesser, CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde soc. São Paulo*. 2014;23(3):869-83.
20. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(7):1217-30.
21. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *J Gen Intern Med*. 2005;20(10):953-57.
22. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Müller CA, Hummers-Pradier E. Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2011;12(24):1-11.
23. Ramagem C, Urrutia S, Griffith T, Cruz M, Fabrega R, Holder R, et al. Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. *Int J Integr Care*. 2011;11(Suppl):1-2.
24. Wagner AK, Quick JD, Ross-Degnan D. Quality use of medicines within universal health coverage: challenges and opportunities. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(357):1-6.
25. Falkenberg T, Smith M, Robinson N. Traditional and integrative approaches for global health. *Eur J Integr Med*. 2015;7(1):1-4.

Recibido: 31.5.2015

Aceptado: 13.9.2015

---

Correspondencia:

Severina Alice da Costa Uchoa  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Centro de Ciências da Saúde  
Rua General Gustavo Cordeiro de Faria, s/n  
Bairro: Petrópolis  
CEP: 59012-570, Natal, RN, Brasil  
E-mail: alicedacostauchoa@gmail.com

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.