

Visión multiprofesional sobre las principales barreras en la cobertura y acceso universal a la salud en territorios de extrema pobreza: contribuciones de enfermería¹

Viviane Helena de França²

Celina Maria Modena³

Ulisses Eugenio Cavalcanti Confalonieri³

Objetivo: investigar los conocimientos de: administradores y profesionales de la salud; asistencia social; y educación, sobre las principales barreras en la cobertura y acceso universal a la salud que enfrentan la población extremadamente pobre, y apuntar las contribuciones de la enfermería para promover ese derecho. Método: estudio cualitativo, que tuvo como referencial, para garantizar el derecho a la salud, la reorientación del Sistema Único de Salud (SUS) dirigido a obtener la cobertura y al acceso universal a la salud en esos territorios. Fueron entrevistados 27 informantes del equipo multiprofesional de un municipio con elevada vulnerabilidad social. Los datos fueron trabajados a través del análisis de contenido temático. Resultados: como principales barreras en la cobertura y acceso universal a la salud, se verificaron las siguientes: fallas en la expansión y fortalecimiento de los servicios; ausencia de diagnóstico de las demandas prioritarias; carencia de tecnología, equipamientos, recursos materiales y humanos; precaria infraestructura local; acciones con baja resolutivez; y, ausencia de políticas intersectoriales. En el equipo multiprofesional, la enfermería actúa en el Sistema Único de Salud en acciones de salud y prácticas sociales singulares en esos territorios, obteniendo una visión profunda sobre esa dura realidad y pudiendo contribuir con informaciones indispensables para el enfrentamiento de esas disparidades en la cobertura y acceso universal a la salud. Conclusión: la comprensión profunda de la enfermería sobre esas barreras es imprescindible para incentivar los procesos de reorientación del Sistema Único de Salud, dirigidos a obtener la equidad en el derecho a la salud.

Descriptores: Derecho a la Salud; Pobreza; Política Social, Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Qualidade de vida da população em extrema pobreza de Ribeirão das Neves, Região Metropolitana de Belo Horizonte", presentada en el Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Belo Horizonte, MG, Brasil. Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil, proceso nº APQ-02940-13.

² PhD, Enfermera, Hospital Público Regional Prefeito Osvaldo Rezende Franco, Betim, MG, Brasil.

³ PhD, Investigador, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Belo Horizonte, MG, Brasil.

Introducción

La organización de los servicios de salud en Brasil, en la teoría, se presenta fundamentada en la Constitución Federal de 1998 y en las leyes orgánicas del Sistema Único de Salud (SUS). Para la cobertura y el acceso universal a la salud, en los municipios, se encuentran previstos, por el SUS, inversiones financieras, recursos y procesos de administración tripartita, respetando la administración única federativa y descentralizada municipal, para priorizar la garantía de la atención a las necesidades de la población y sus demandas locales, considerando las diversidades geográficas, biológicas, sociales, económicas y culturales para el cuidado integral, equitativo e inclusivo⁽¹⁾.

La disponibilidad o ausencia de equipamientos y dispositivos mediadores de la cobertura y acceso universal a la salud, en los municipios, se encuentra asociada a diversos servicios públicos: salud, asistencia social, educación, saneamiento básico, inclusión productiva e infraestructura urbana, que pueden encontrar (o no) escenarios propicios para las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, protección, favoreciendo situaciones reproductoras o reparadoras del contexto de pobreza, y contribuir, gradualmente, para que esos grupos aumenten o disminuyan su distancia para alcanzar la justicia y ciudadanía⁽¹⁻²⁾.

La salud es un bien social, físico, biológico, psíquico, cultural y afectivo, que se manifiesta como una condición de bienestar positivo, cuando su obtención es mediada por la oferta de equipamientos y dispositivos de fácil acceso, potencializándola ante los desafíos de la vida. Los procesos de expansión y ampliación en la oferta de herramientas compatibles con la atención a las demandas de salud de la población exigen, por tanto, políticas públicas y acciones que sean coherentes y legítimas en cada realidad. Estas deberán ser sustentables para suplir gradualmente las necesidades de la población, emplear procesos de administración eficaces, financiamiento y recursos suficientes, y equipo profesional capacitado para eliminar las barreras de acceso a la atención y cuidado de la salud integral con equidad. El fortalecimiento de las acciones intersectoriales son esfuerzos indispensables en ese sentido⁽²⁾.

La Resolución CP 53.14, de 2014, de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS), presenta los requisitos indispensables para incentivar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, protección y construcción de condiciones favorables, para la asistencia y cuidado integral de la población, en especial para grupos con vulnerabilidad

social; y, también crear oportunidades que les garanticen el derecho a la cobertura y al acceso universal a la salud. Para analizar las condiciones de vida de esos grupos, no basta identificar las causas y consecuencias que actúan en ese contexto, reforzando los procesos de desigualdad y exclusión social. Es necesario reflexionar sobre la realidad de esos territorios, teniendo como objetivo una sociedad más justa y digna, y preguntarse: ¿Desigualdad en qué?⁽³⁾.

Al ser abordados las disparidades existentes en los territorios de extrema pobreza y buscando respuestas para los principales problemas y vacíos en la atención de las necesidades de esos sujetos, se adoptaron las resoluciones de la OPAS que disponen sobre los principios y directrices, considerados pilares para la planificación y ejecución de las políticas públicas en favor de acciones legítimas, sustentables, capaces de garantizar la cobertura y el acceso universal a la salud, para la población de América Latina, en especial los grupos vulnerables.

Entre la población mundial de 7,2 billones, en 2015, eran extremadamente pobres 836 millones, que sobreviven con menos de 1,25 dólares por día⁽⁴⁾. En América Latina, son elevadas las desigualdades sociales y entre el contingente de la población pobre tenemos, 29% abajo de la línea de pobreza, 30% sin acceso a la salud por aspectos financieros y 21% no buscan atención por barreras geográficas⁽⁵⁾. En Brasil, 16,27 millones de personas son pobres (8,6%) y la erradicación de la pobreza es un gran desafío socioeconómico. La "Línea de Pobreza", en Brasil, define la extrema pobreza como la renta familiar, per cápita, menor o igual a R\$77,00(setenta y siete reales) por mes⁽⁶⁾.

Para definir el grado de pobreza pueden ser utilizados criterios unidimensionales o multidimensionales, capaces de medir si atienden a las necesidades básicas de esos sujetos. La medición multidimensional contiene criterios de privación de renta, aspectos cruciales como falta o precariedad de acceso a la atención de las necesidades básicas, recursos materiales, bienes, servicios y apoyo social. En los escenarios de extrema pobreza, el acceso a la asistencia integral a la salud es un mediador para alcanzar los demás derechos sociales, como acceso a la educación, nutrición, saneamiento básico, habitación e inclusión social y productiva⁽⁷⁾.

En las grandes ciudades, la extrema pobreza está cercada por un círculo de desventajas, actuando como barreras geográficas, ambientales, sociales, económicas, culturales y afectivas, de difícil superación. Son ejemplos de esas desventajas la prevalencia de las enfermedades desatendidas, afectando principalmente a familias en peores condiciones de vida y contribuyendo para el bajo nivel de desarrollo social

de algunas regiones. Esas enfermedades refuerzan el aprisionamiento de esos sujetos en un ciclo repetitivo de desventajas, caracterizado por la ausencia de: salud, perspectivas de trabajo e inclusión social, con graves consecuencias financieras⁽⁸⁾.

Las directrices de la Organización Panamericana de la Salud, en sintonía con el Sistema Único de Salud (SUS), pueden fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios de salud para atender las necesidades de las familias en extrema pobreza en Brasil, superando así las barreras en la cobertura y en el acceso universal a la salud. La Atención Primaria a la Salud (APS) y la Estrategia Salud de la Familia (ESF) tienen como meta promover la salud, el cuidado integral y el acceso inicial a ese derecho en el SUS. La enfermería es un área de la salud, administración y asistencia, que tiene gran relevancia en ese contexto. El equipo multiprofesional que actúa en los servicios públicos, en especial enfermeros, puede contribuir para reflexionar sobre los problemas de cobertura y de acceso universal a la salud, en esos territorios. El objetivo de este estudio fue investigar los conocimientos de los administradores y de los profesionales de la salud, asistencia social y educación, sobre las principales barreras encontradas en la cobertura y en el acceso universal a la salud, por la población en extrema pobreza y, apuntar las contribuciones de la enfermería para la promoción de ese derecho.

Método

Se trata de una investigación cualitativa exploratoria y descriptiva, que busca identificar los significados atribuidos a las barreras que se encuentran en la cobertura y acceso universal a la salud, en el ámbito del SUS, en los territorios de extrema pobreza.

El escenario del estudio fue uno de los 37 municipios que componen la Región Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), el cual fue seleccionado en debido a su elevada incidencia de miseria entre sus habitantes, y por ser caracterizado por carencia de servicios públicos, segregación espacial y exclusión social. Su crecimiento resulta de la lógica de expansión de la RMBH centro-periferia, delimitada totalmente por los procesos de inmigración ahí establecidos, con concentración de gran número de habitantes caracterizados por baja renta y baja escolaridad. En la región de residencia de esas familias, históricamente, fue instituida una precaria organización de la infraestructura urbana, con gran número de subdivisiones clandestinas de tierra y de áreas invadidas. Esos aspectos contribuyen para la

vulnerabilidad y desventajas sociales de esas familias extremadamente pobres en la región por causa de la ausencia de una base económica capaz de absorber parte de esa fuerza de trabajo, asociada a la presencia de un complejo penitenciario, compuesto por 5 instituciones, favoreciendo una perspectiva deturpada y prejuiciosa sobre esa población.

Para recolectar la diversidad de informaciones sobre el contexto de vida y las acciones de salud, desarrolladas junto a las familias en extrema pobreza de esa región, y las barreras locales de cobertura y de acceso universal a la salud, fueron seleccionados para las entrevistas informantes clave dentro del equipo multiprofesional del municipio de las áreas de salud, asistencia social y educación, para investigar en profundidad esa realidad. Fueron entrevistados administradores y profesionales que actúan en la planificación y ejecución de las políticas públicas en nivel central y regional, en esos territorios de extrema pobreza. Para seleccionar esos sujetos, fueron convidados 27 informantes. Estos participaron de la investigación después de firmar el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). Se definió el número de sujetos por el criterio de saturación teórica, prosiguiendo con las entrevistas mediante la ausencia o presencia de nuevos elementos que permitiesen profundizar el análisis y la comprensión teórica sobre los significados.

Fue validado, previamente, un guión semiestructurado, abordando los temas: a) salud, calidad de vida y los principales problemas experimentados por las familias en extrema pobreza; b) servicios públicos disponibles para atender a sus necesidades; políticas públicas de salud e intersectoriales vigentes en la región; c) efectos en su calidad de vida y salud; y, d) sugerencias de mejorías para garantizar el derecho a la salud y aumentar la calidad de vida, en ese contexto.

Los datos fueron trabajados aplicándose el Análisis de Contenido Temático, con procedimientos sistemáticos de organización, codificación y categorización de las ideas, para apuntar indicadores cualitativos significativos sobre el fenómeno. Así, se realizó la lectura exhaustiva y profunda de las entrevistas, fundamentada en el referencial de las líneas estratégicas propuestas por la OPAS para colocar a los sistemas de salud en ruta hacia la cobertura y el acceso universal a la salud.

Este estudio se encuentra integrado a un proyecto de investigación sobre la evaluación de la calidad de vida de la población en extrema pobreza, en un municipio de la RMBH. Para su ejecución, fueron cumplidos todos los criterios éticos de la Resolución del Consejo Nacional de Salud nº466, de 2012. El proyecto fue aprobado por Comité de Ética en Investigación, con el Parecer nº188.866. La colaboración de las

secretarías municipales fue establecida con la firma de la Declaración Institucional de Coparticipación. Fue preservado el anonimato de todos los entrevistados. El perfil del equipo multiprofesional se presenta en la Figura 1, identificándolos por números y siglas referentes a las Secretarías Municipales de Salud (SMS), Asistencia Social (SMAS), Educación (SME), en las cuales actúan. Por ejemplo: "7º sujeto de la Salud" = (7 SMS).

Resultados

Perfil sociodemográfico del equipo multiprofesional: de los 27 entrevistados (Figura 1) actuaban: 11 SMS, 11 SMAS y 5 SME. Poseían enseñanza media 7, graduación 20 (5 SMS; 10 SMAS; 5 SME), postgraduación *lato sensu*

14 (5 SMS; 5 SMAS; 4SME). El promedio de edad fue de 35 años; el más elevado fue de 63 años y el menor fue de 25 años. Residían en otros municipios de la RMBH 16.

Cinco enfermeros y un nutricionista estaban actuando en cargos de la SMS, en promedio, por 1 año y 8 meses; los Agentes Comunitarios de la Salud (ACS) por 11 años y 1 mes; los demás de la SMAS por 3 años y 1 mes, y de la SME por 6 años y 6 meses. Entre los graduados, nueve (1 SMS; 5 SMAS; 3 SME) y uno con enseñanza media (SMAS) trabajaban bajo régimen estatutario, y en cargos comisionados estatutarios 4 (1 SMS; 1 SMAS; 2 SME). Trabajaban bajo vínculo de empleo con contratos temporarios 17 (10 SMS; 6 SMAS; 1 SME), siendo que, entre esos, 4 en cargos comisionados (1 SMS; 2 SMAS; 1 SME).

Nº	Departamento y/o unidad de asignación	Cargo	Formación
Secretaría Municipal de Salud (SMS): Departamento de Atención Primaria			
1	Superintendencia del Programa Salud de la Familia	Coord* e Ref [†] de la Atención Primaria	Enfermería
2	Superintendencia Programa Alimentación y Nutrición	Coord* y Ref [†] Vigilancia Alimentaria y Nutricional	Nutrición
3	Unidad de Salud de la Familia A	Gerencia, Referencia Técnica y Asistencia ESF [‡]	Enfermería
4	Unidad de Salud de la Familia B	Gerencia, Referencia Técnica y Asistencia ESF [‡]	Enfermería
5	Unidad de Salud de la Familia C	Gerencia, Referencia Técnica y Asistencia ESF [‡]	Enfermería
6	Unidad de Salud de la Familia D	Gerencia, Referencia Técnica y Asistencia ESF [‡]	Enfermería
7	Equipo de la Salud de la Familia I	Agente Comunitario de la Salud	Enseñanza media
8	Equipo de la Salud de la Familia II	Agente Comunitario de la Salud	Enseñanza media
9	Equipo de la Salud de la Familia III	Agente Comunitario de la Salud	Enseñanza media
10	Equipo de la Salud de la Familia IV	Agente Comunitario de la Salud	Enseñanza media
11	Equipo de la Salud de la Familia V	Agente Comunitario de la Salud	Enseñanza media
Secretaría Municipal de Asistencia Social (SMAS): Departamento de Protección Básica			
12	Registro Único Municipal	Gerencia	Cursando Servicio Social
13	Programa Auxilio Familia Municipal	Gerencia y Ref [†]	Administración
14	Registro Único y Programa Auxilio Familia Regional	Gerencia y Referencia Técnica Regional	Servicio Social
15	Banco de Alimentos Municipal	Gerencia y Ref [†]	Nutricionista
16	Superintendencia de Inclusión Productiva	Gerencia	Ciencias Sociales
17	Centro de Referencia en Asistencia Social Regional	Coordinación y Referencia Técnica Regional	Servicio Social
18	Centro de Referencia en Asistencia Social Regional	Coordinación y Referencia Técnica Regional	Servicio Social
19	Centro de Referencia en Asistencia Social Local	Coordinación y Analista de Políticas Públicas	Psicología
20	Centro de Referencia en Asistencia Social Local	Coordinación y Analista de Políticas Públicas	Psicología
21	Centro de Referencia en Asistencia Social Local	Coordinación y Analista de Políticas Públicas	Psicología
22	Servicio de Convivencia y Fortalecimiento Vínculos	Coord* y Ref [†]	Pedagogía
Secretaría Municipal de Educación (SME): Departamento de Proyectos y Políticas Públicas			
23	Departamento de Proyectos y Políticas Educativas	Gerencia	Pedagogía
24	Superintendencia de Educación Inclusiva	Gerencia	Terapia Ocupacional
25	Superintendencia de Educación Inclusiva	Asistente Social	Servicio Social
26	Escuela de Enseñanza Fundamental I y II	Supervisor Pedagógico	Pedagogía
27	Escuela de Enseñanza Fundamental I y II	Directorio	Pedagogía

*Coordinación General; †Referencia Técnica Central; ‡Estrategia Salud de la Familia.

Figura 1 - Equipo multiprofesional de las Secretarías Municipales de Salud (SMS), Asistencia Social (SMAS), Educación (SME); por Departamento o Unidad de asignación; Cargo y Formación, en un municipio de la Región Metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil

A seguir se describen los conocimientos de los entrevistados sobre las principales barreras que impiden a las familias, en extrema pobreza, aprovechar la cobertura y el acceso universal a la salud. Las 4 Líneas Estratégicas de la OPAS, consideradas indispensables para reorientar las políticas públicas dirigidas a la cobertura universal por el SUS, comprendieron los ejes temáticos:

1ª Línea estratégica: expansión del acceso equitativo a los servicios de salud integrales de calidad, centrados en las personas.

Existe una desesperanza entre la población: no voy al puesto, no resuelve, no va a resultar, no existe atención, no tiene médico. Esa infraestructura en general conduce al desánimo: nunca pueden atender, ¿Hoy tendrá? No sirve llevar, el nombre está allá, no consigo la consulta... ¿Voy a conseguir ahora? (27 SME).

La precariedad de la salud es la queja de la mayoría, a pesar de cincuenta y pocos PSFs, faltan equipos [...] no tienen médico [...] es una dificultad programar con el especialista (18 SMAS).

Falta mucho [...] la Atención Primaria podría ayudar, auxiliar en la comunidad. Eso no es solamente un problema de salud, es bien mayor, es de la estructura, no hay vinculación, ausencia de fortalecimiento de la red (1 SMS).

Cuando llegué en el PSF las ACSs dijeron: estamos abandonadas. Se sentaban en la lata de basura, no tenía nada, absolutamente nada ¿Sabe? Nada. Todo aquí es donación, esas sillas y otros muebles que sirvieron para nosotros PSF y otros. [...] Dije, voy a conseguir una persona que está cumpliendo pena alternativa para arrancar el piso podrido, recibí donación y cambiamos el piso. Me cansé de pedir en la secretaría y nadie tomó alguna medida. Allí había una fosa, y un día se idesmoronó! La tierra se hundió. No sabía se hacía acogimiento, entregaba medicamentos, miraba a un joven tirado en el suelo, o llamaba para la secretaría... ¡Allá no hacían nada! Dije: respeto mucho su trabajo, pero el mío necesita ser respetado ¿Nadie va a tomar alguna medida? Voy a llamar a la vigilancia sanitaria para que cierren esto aquí. Estoy yendo para la vigilancia ahora, si no toman una medida. [...] Apareció el responsable... ¿Con cuál poder público podemos contar? (5 SMS).

La ausencia de un abordaje multidisciplinar delante los problemas, en la atención a la salud y a las necesidades de esas familias, culminan extrapolando la capacidad resolutoria del PSF.

Son familias invisibles, no están en ningún lugar, solamente allí en el lugar en que están viviendo, no van a estar en el PSF, no van a estar en el Centro de Referencia en Asistencia Social (CRAS), no van a estar en el Programa Auxilio Familia; están allá, pero, a los ojos de las instancias públicas y sus equipamientos, no existen... (15 SMAS).

En este barrio son 1.600 familias distantes, insatisfechas por estar viviendo allí, no tienen escuela, no tienen salud,

no tienen PSF, no tienen autobuses [...] No conozco todos los barrios, hay varios referidos por las Unidades Básicas de Referencia (UBR), pero ¡Estas familias no son acompañadas!.. (19 SMS).

El PSF está bastante más próximo de esas familias que otros órganos de la salud o sectores, es una referencia; pero no consigue hacer todo, no tiene condiciones de hacer el papel del CRAS. Existe cierta limitación, un espacio que puede actuar, otro que no consigue. Hay una tendencia en enviar más cosas para el PSF, pero no son suministradas las condiciones para hacer lo que ya viene realizando, y menos todavía para lo que hay de nuevo. Los administradores tienen mucha dificultad para promover acciones intersectoriales. Si no lo hace integrado y capacita, las cosas no funcionan. Si el servicio fuese interconectado, sería más resolutivo. Hay que dar condiciones de trabajo, saber cuáles son los dispositivos de la red; pero no existe consciencia de los dispositivos viables. La propia institución no los crea y no trata de interconectarlos. Se fuesen definidas las misiones de las instituciones, sería más fácil. (3 SMS).

2ª Línea estratégica: fortalecimiento de la administración y gobernabilidad. Las políticas públicas y las acciones vigentes en los territorios de extrema pobreza deben ser estructuradas y planificadas de forma contextualizada, para favorecer la cobertura y el acceso universal a la salud.

Antes la población del barrio X e Y era atendida por el mismo PSF. Repentinamente separaron los PSFs por barrio X e Y, pero las áreas fueron mal divididas. Quien trabajaba y vivía en el barrio X, ahora podía consultar solamente en el barrio Y. ¿Qué sentido tiene eso si ella pertenece al barrio X? Quien hizo esa división no estudió el área para conocer las micro-áreas... Eso ya fue explicado para la secretaría y para los coordinadores. Cuando tuvo esa división y separación del PSF por barrios X e Y fue una cosa horrorosa. Los vidrios fueron todos quebrados. La población no aceptó... (5 SMS).

Existe mucho respeto por el profesional, inclusive cuando circula por las áreas de conflicto del tráfico... La escuela funciona bajo vigilancia del tráfico, por estar localizada en territorio de gran vulnerabilidad social. Ese es el sistema en que esa gente vive. [...] Es oprimida todo el tiempo [...]... Es muy, pero muy complicado. (26 SME).

En la ciudad existen los PSFs y las UBRs. La UBR es como un puesto de quien no tiene PSF. En esa área, existe el PSF, pero si no vives en esa área del PSF, no hay puesto. La UBR es el puesto de quien no es registrado en el PSF. Esas personas van para la UBR, que atiende unas 50 mil personas. La cobertura del PSF es muy baja. (14 SMS).

La llevó a la Atención de Emergencia y no sabía lo que estaba sucediendo. La médica dijo: eso es negligencia del municipio. Negligencia junto a la comunidad, que está allí para ser atendida. Si ella, tiene diabetes y todos esos problemas de salud, precisaba de un acompañamiento. No hay médico aquí, pero existe la secretaría de salud para suministrar la asistencia y especialidades que no tiene y deberían ser programadas en otro

local, para tener el privilegio de esa atención. Perdió la visión... El respeto a los derechos, que sean ofrecidos. (27 SME).

La participación social de la población en extrema pobreza y de los profesionales de salud es indispensable para reelaborar políticas públicas coherentes y sustentables - a lo largo del tiempo, en esos territorios - que sean dirigidas a la resolución de sus principales problemas de salud. *Los profesionales establecen el vínculo ¡No se puede! Para los programas de aquel sector, el vínculo (con la población) existe y tiene que existir... Cuando la persona es acogida, y existe el acogimiento, ella vuelve al servicio diciendo que fue bien atendida, y crea una referencia: ¡Puedo buscar a fulano de tal, en ese lugar! (25 SME).*

Los grupos operativos acontecían antes del PSF cambiar de lugar. La casa (arrendada) estaba muy mala, ahí el PSF quedó un tiempo desactivado, y ahora se cambió para acá. ¡Eso afectó mucho! La población tiene mucha dificultad para llegar hasta aquí. El barrio es grande, ellos vienen aquí cuando no hay otra posibilidad. Ahora la población tiene mucha dificultad. ¡Es muy lejos el PSF! Tiene transporte, pero no todos pueden pagar. El pasaje cuesta R\$2,65. Antes el autobús pasaba próximo al PSF y las personas lo utilizaban. Hoy si necesitan ir al PSF, el autobús no pasa más por aquí. Precisan tomar otro autobús que va para la capital y cuesta R\$4,10. Reclaman, pero... (11 SMS).

Si la persona estuviese falleciendo, yo informo: no, vaya para el PSF. Aquí no hay aparatos, el médico no puede hacer nada, no hay medicación para la asistencia [...] Cuando hay urgencias en el PSF, llamamos a la Unidad de Atendimento de Urgencia (UAU). El enfermero hace la atención, presión arterial, pulsación, manda ir para la UAU que tiene médico. No existe ambulancia para llevarlos, tienen que ir por cuenta propia. Policía, solamente si la consigue. La población no siempre tiene vehículo. ¡Es una dificultad! ¡Transporte sanitario solamente programando 15 días antes! (10 SMS).

Para elaboración de las políticas públicas, se debe incluir en ese proceso la evaluación de la disponibilidad de tecnologías locales, favoreciendo posibles mejoras de cobertura y acceso. *Los usuarios que no son atendidos en el PSF sobrecargan la UAU. No tenemos lo ideal para la salud de la población. Llegaron los "Más Médicos". Vamos a ver se atenderán a todas las demandas de la población [...] Ella se queja mucho de ese abandono, de los gastos y del desgaste cuando necesitan hacer exámenes... (22 SMAS).*

El PSF debería tratar de lo básico, tener: clínico, ginecólogo, pediatra. Son 3 lugares mensuales ¡Pero tengo 20 niños! ¿Cuándo será la última consulta? Ginecología con infección son más de 60 días para tener un cupo. (10 SMS).

No tuvimos el kit de prevención por más de 1 año. ¡Ahora ni siquiera hay el frasco para las muestras! Pediatría no tiene, son 95 niños; cardiología son 2 años esperando; ortopedia más de 40 en la fila; gastroenterología consiguió a través de la justicia (5 SMS).

3ª Línea estratégica: aumento y mejoría del financiamiento, promoción de la equidad, de la eficiencia y eliminación del desembolso directo por parte de los usuarios.

Hoy habían dos niños para pediatría, pero la referencia es el "Centro X". Eran dos niños gemelos con anemia falciforme. Pedí un examen de urgencia, el hemograma... Los padres no tenían dinero para ir al lugar del examen, y tomar un autobús. El examen estaba autorizado, pero, debido a las dificultades del bajo poder adquisitivo... [...] El PSF tiene 15 cupos para exámenes en la UBR; pero en ese caso es un examen que precisa ser procesado con urgencia. No sirve recolectar aquí, tendría que esperar una semana para obtener el resultado... (3 SMS).

4ª Línea estratégica: fortalecimiento de las acciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales de salud. La realización de diagnósticos es imprescindible para promover mecanismos viables de enfrentamiento de los problemas locales que son prioritarios en lo que se refiere al acceso.

No se puede cuidar a largo plazo en el PSF, su estructura no lo permite [...] Que delicia sería si sobre ese canal, se hiciese una estructura, un puente para que los niños pasen y entonces ir a la escuela. (10 SMS).

La estructura del PSF está muy precaria y ¡distante! No se forma el equipo básico para atender... Son varios PSFs sin médicos y enfermeros ¡Se vuelve difícil! No existe atención de alta complejidad. Muchos usuarios abandonaron los tratamientos básicos de hipertensión y diabetes. ¿Y la administración, que es lo que ella entiende de esto? (21 SMAS).

Tratamos de trabajar más ampliamente con las familias, encaminándolas para el CRAS, pero no existe referencia, contrareferencia, una acción conjunta con la salud. ¡Existen políticas públicas puntuales! Faltan equipos, infraestructura, transporte. Tratamos de articular con la salud en las escuelas; no resuelve el problema de los alumnos con prioridad de diagnósticos, porque permanece la falta de transporte para ir a las consultas! (24 SME).

Las políticas públicas intersectoriales tienen por meta fortalecer los programas sociales y mejorar las condiciones de salud y vida de esas familias, sus efectos deben ser evaluados.

Para mejorar es necesario trabajar la intersectorialidad, conocer otros instrumentos (23 SME).

Se aparece un niño de bajo peso, vamos recurrir al Programa Salud del Niño, al sector de bajo peso, vitaminas, dieta para bajo peso. Pero, la población no gana. Ella tendría que ser dirigida para un tipo de vínculo específico, porque el PSF atiende en general [...] no va a conseguir resolver la causa! (10 SMS). Es función del municipio estructurar las políticas públicas y contextualizarlas, promover mejoras graduales en la salud y en la calidad de vida de las familias extremadamente pobres, contribuyendo para

su autonomía, promoción y protección de la salud a lo largo del tiempo.

Si la persona está viniendo mucho a la unidad, me quedo hasta sin almorzar y digo así: ¡Hoy estoy para fulano! Me dedico, soy todo oídos, no escribo, cuando ella sale hago el relato en la ficha médica. Ella entonces se derrumba frente a mí. Entonces yo percibo porque la hipertensión no está controlada, la diabetes fuera de control y el médico solamente aumenta la medicación y el antidepresivo. Percibo todo el contexto que rodea a esa familia, y ahí resuelvo lo que está descontrolado... (4 SMS).

En la situación de extrema pobreza no se consigue acceso a nada. ¡Están enfermos, con depresión! (18 SMS).

Aquí, la política y la administración necesitan mejorar en todo. Entran los gobernadores, se quedan por 4 años, y viene otro que no sabe de las condiciones de aquí [...] ¡La única cosa que les gusta hacer aquí son presidios! (7 SMS).

¿Qué es ser un ciudadano? Las personas no saben, no tuvieron acceso a la salud, cultura, educación; eso necesita ser presentado para que ellos puedan hacer sus elecciones. Las elecciones que ellos tuvieron fueron esas... (4 SMS).

Esa atención continua en el PSF no existe... Hoy son todos los sectores arriba de una hormiguita, que es el PSF. La demanda espontánea se traga cualquier PSF. Tratamos de planificar, pero no se consigue promover la salud... Debería haber más equipos y una población menor. ¡La calidad del servicio sería mejor! (4 SMS).

La salud es el sector más estropeado. ¡Pero, si no hay salud, no hay vida ni cómo buscar nada! (3 SMS).

Discusión

La cobertura universal a la salud por la APS, en el municipio estudiado, dispone de capacidad para atender solamente a la mitad de las áreas que abarca y de la población local. Esos sujetos no representan las familias en extrema pobreza de la región, descritas como *invisibles*; se estima que el número de esos sujetos es mucho mayor. La Constitución de la Organización Mundial de Salud (OMS), las directrices de la OPAS y las leyes orgánicas del SUS, tienen como meta promover mejoras en la salud de la población, enfatizando los grupos que tienen mayor vulnerabilidad social⁽¹⁾. En el contexto estudiado, existe un vacío en lo que se refiere a las directrices de la OPAS en sintonía con las acciones del SUS, generando barreras insuperables junto a las familias en extrema pobreza, para acceder a los cuidados de la salud de forma integral. Esas barreras resultan de las fallas en el proceso de mediación, implementación, evaluación y reelaboración de las políticas públicas locales.

El acceso a las acciones de salud negado a esas familias, bajo enormes desigualdades sociales, refuerza su falta de acceso a las demás oportunidades para

mejorar la calidad de vida. La inadecuada administración y gobernabilidad de las políticas públicas locales, asociadas a la incoherente aplicación de los recursos financieros, falta de equipamientos, recursos materiales y humanos suficientes, para implantar acciones de salud e intersectoriales resolutivas en la APS, representan las principales barreras en la cobertura y en el acceso universal a la salud para esos sujetos. Corroboramos esos datos con investigaciones, destacando que el aumento de la capacidad de oferta de los servicios de la APS puede maximizar las respuestas a las demandas prioritarias en los territorios de pobreza⁽⁹⁻¹⁰⁾.

El perfil y las declaraciones del equipo multiprofesional, descritas en este estudio, apuntan la vigencia de precarias condiciones de trabajo, frágiles vínculos de empleo de la mayoría que tienen contratos temporarios. Ese contexto favorece la discontinuidad de las acciones en la red de servicios públicos y, en especial, los de la salud, a lo largo del tiempo; la quiebra de los vínculos establecidos junto a las familias en esos territorios, proveniente de la ausencia de la participación del equipo en los procesos de elaboración de las políticas públicas, resulta en la desvalorización de los conocimientos y de la no introducción de las experiencias del equipo, las que podrían introducir mejoras en la atención a las necesidades de esos grupos.

Ese desinterés de la administración municipal en darles voz, en los procesos de decisión e implementación de las acciones de salud prioritarias - en cada microrregión, para ser atendidas las demandas de la población en extrema pobreza, de forma jerarquizada y resolutiva por grado de importancia, maximizando la capacidad de la APS - genera graves consecuencias en la planificación y ejecución de las políticas públicas locales, y culmina en barreras insuperables junto a esas familias para que puedan acceder a los derechos de la salud y a los derechos sociales, como educación, calidad de vida, inclusión social, productiva, ciudadanía y autonomía.

Estas cuestiones además denuncian la ausencia de un diagnóstico local previo para elaborar, implementar y evaluar las acciones de salud en la APS, y significan un estancamiento delante de la urgencia de ser revertidas las adversidades de la iniquidad social. Ese escenario favorece el aprisionamiento de esas familias en un ciclo de vida repetitivo, caracterizado por las desventajas en el acceso a la salud y a los derechos de ciudadanía^(9,11). Algunos estudios realizados - sobre la oferta de servicios de salud integrales por la APS, en América Latina, Brasil, África del Sur, Etiopía y otros países - por la Organización de las Naciones Unidas, determinan que, para obtener una atención equitativa de la salud, es necesario actuar sobre los determinantes sociales, buscando respuestas que incentiven progresos en los modelos de (re)estructuración de los sistemas de salud⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Al limitar la oferta de los servicios debido a fallas en la cobertura,

se dificulta la actuación del equipo y el acceso a la salud, generando la baja resolutivez de la APS⁽¹³⁾.

Es imprescindible realizar acciones de salud en esos territorios de extrema pobreza, que sean dotadas de coherencia, responsabilidad social y sensibilidad al valorar los problemas locales, adoptando medidas que sean sustentables, en el largo plazo, para su enfrentamiento con capacidad resolutivez. Aspectos como la precaria infraestructura urbana de los servicios públicos en esos territorios, la violencia local por el narcotráfico, la ausencia de transporte público accesible, la falta de profesionales y equipamientos, para la continuidad de los cuidados, son determinantes sociales que actúan negligentemente en lo que se refiere a facilitar el acceso universal a la salud por esos grupos, ocasionándoles desesperanza en lo que se refiere a las atenciones ofrecidas por los servicios públicos, desestimulando la búsqueda de asistencia, falta de adhesión y/o el abandono de los tratamientos y cuidados instituidos.

En este estudio, se identifica la responsabilidad social colectiva establecida por el equipo multiprofesional delante de la urgencia de promover un esfuerzo que integre todos los sectores en la resolución de los problemas apuntados, como sugerido en la literatura científica⁽⁹⁻¹⁵⁾. Son importantes otras investigaciones que comprueben posibles herramientas que puedan ser aplicadas en el diagnóstico local de las comunidades extremadamente pobres, abordando instrumentos multidimensionales para evaluar los obstáculos y beneficios obtenidos en la cobertura y acceso universal a la salud, los cuales permitan indicar caminos sustentables para maximizar la capacidad resolutivez de la APS y ESF, en esos territorios. Sin embargo, es notoria la falta de esos estudios en Brasil y en el mundo⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

El equipo multiprofesional de los servicios públicos municipales, al lidiar con los problemas provenientes de esas desigualdades sociales, conoce y vive en lo cotidiano las demandas de salud de esas comunidades en extrema pobreza. Entre los administradores y profesionales entrevistados, la enfermería se destaca por su actuación y conocimientos profundos sobre las barreras enfrentadas por esas familias, en lo que se refiere a la cobertura y acceso universal a la salud.

Los enfermeros describieron la realización de acciones comprometidas con el enfrentamiento de las iniquidades sociales, experimentadas en esos territorios, al promover acogimientos creativos, humanizados, dar viabilidad al cuidado integral de la salud, introducir mejoras en la infraestructura de los PSFs, minimizar las barreras locales para el acceso equitativo a la salud. La enfermería es un liderazgo importante en la APS dentro de los territorios de extrema pobreza; son administradores y profesionales de la asistencia que actúan en diversos procesos de reflexión y promoción de las acciones de salud y cuidados integrales junto a esa realidad, y presentan

informaciones relevantes para la evaluación, reconstrucción y reorientación de las políticas públicas del SUS, en Brasil. Su perspectiva y actuación en la APS representa una práctica social respetuosa, atenta, afectuosa, comprensiva y comprometida políticamente frente a las adversidades sufridas por esos grupos. Es imprescindible valorar la mirada de la enfermería sobre los determinantes sociales de la salud en esos territorios de extrema pobreza, como un proceso legítimo para obtener informaciones indispensables para el enfrentamiento de las causas de las disparidades en la cobertura y en el acceso universal a la salud y a los derechos sociales negados a esas familias.

Conclusión

La privación en el acceso a los derechos de salud por las familias en extrema pobreza les impide alcanzar y disfrutar de la cobertura y acceso universal a la salud, agravando su exclusión social, segregación espacial y los determinantes sociales de la salud en esos territorios. Las principales barreras para ese acceso son: fallas en la expansión y fortalecimiento de la APS; ausencia de diagnóstico de las necesidades prioritarias; carencia de tecnología, recursos materiales y humanos; precaria infraestructura de los servicios; baja resolutivez de las APS; y, ausencia de políticas públicas intersectoriales. Dentro del equipo multiprofesional, la enfermería se destaca por actuar en esos territorios con una mirada profunda, adoptando prácticas sociales singulares y comprometidas delante de los problemas de cobertura y del acceso equitativo a la salud. Esos conocimientos suministran las informaciones indispensables para incentivar los procesos inherentes a las políticas públicas, encaminada a reorientar el SUS y la equidad en el derecho a la salud.

Agradecimientos

In memoriam, de la Doctora Virgínia Torres Schall, siempre presente.

References

1. Etienne CF. Equity in health systems [Internet]. Pan Am J Public Health. [Internet]. 2013 [Acesso 11 maio 2015];33(2):79-80. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n2/01.pdf>
2. Sobral A, Freitas CM. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. Saúde Soc. 2010;19(1):35-47.
3. Sen A. Equality of What? The Tanner Lecture on Human Values Delivered at Stanford University [Internet]. May 22

- 1979 [Acesso 19 set 2015]. 26 p. Disponível em: <http://tannerlectures.utah.edu/documents/a-to-z/s/sen80.pdf>
4. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2015 [Internet]. New York; 2015 [Acesso 19 set 2015]. 75 p. Disponível em: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>
5. Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. Sistemas de Saúde e Proteção Social na Saúde. In: Organização Pan-Americana de Saúde; Organização Mundial de Saúde. Saúde nas Américas: Panorama regional e perfis de países [Internet]. Edição 2012. [Acesso 11 set 2015]. Publicação Científica e Técnica, 636. p. 205-51. Disponível em: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=253&Itemid=
6. Ministério Público Federal (BR). Procuradoria Geral da República. A fome e a pobreza no Brasil [Internet]. 2012. [Acesso 11 set 2015]. Brasília: 3ª Câmara de Coordenação e Revisão do MPF; 2011. Texto, n. 31. 2 p. Disponível em: http://3ccr.pgr.mpf.mp.br/documentos-e-publicacoes/consumidor/copy_of_consumidor/consumidor-temas/Texto%20no%2031%20-%20A%20fome%20e%20a%20pobreza%20no%20Brasil.pdf
7. Mattei L. Pobreza na América Latina: Diferenças intra-regionais e principais tendências. *Pesqui Debate*. 2012;23(41):1-24.
8. Assad L. Doenças negligenciadas nos países pobres e em desenvolvimento. *Cienc Cultura*. 2010;62(1):6-8.
9. Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet*. [Internet]. 2012; [Acesso 13 set 2015];380(9845):9447. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS01406736\(12\)61149-0.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS01406736(12)61149-0.pdf)
10. Abimbola S, Negin J, Jan S, Martiniuk A. Towards people-centred health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low-and middle-income countries. *Health Pol Plann*. [Internet] 2014; [Acesso 14 set 2015]29:ii29-ii39. Disponível em: http://heapl.oxfordjournals.org/content/29/suppl_2/ii29.full.pdf+html
11. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014;383(9917):630-67.
12. Etienne CF. Reducción de la cegueira y las deficiencias visuales evitables en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(1):4-6.
13. Sibiyi MN, Gwele NS. A model for the integration of primary health-care services in the province of KwaZulu-Natal, South Africa. *J Nurs Manage*. 2013;(21):387-95.
14. Verguet S, Olson ZD, Babigumira JB, Desalegn D, Johansson KA, Kruk ME, et al. Health gains and financial risk protection afforded by public financing of selected interventions in Ethiopia: an extended cost-effectiveness analysis. *Lancet*. 2015;3:e288-96.
15. Marmot M, Allen JJ. Social Determinants of Health Equity. *Am J Public Health*. 2014;104(S4):s517-9.
16. Becerra-Posada F, Snyder NS, Cuervo LG, Montorzi G. Agendas de investigación priorizadas: un recurso estratégico para la salud en América latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(6):361-7.
17. Garcia AB, Cassiani SHB, Reveiz L. A systematic review of nursing research priorities on health system and services in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):162-71.

Fe de Erratas

En el artículo "Visión multiprofesional sobre las principales barreras en la cobertura y acceso universal a la salud en territorios de extremada pobreza: contribuciones de enfermería" con número de DOI: 10.1590/1518-8345.1042.2688, publicado en la *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2688, en la página 1:

Donde se leía:

"Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2688"

Leer:

"Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2795"

Recibido: 3.6.2015

Aceptado: 28.9.2015

Correspondencia:

Viviane Helena de França

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Centro de Pesquisas René Rachou

Av. Augusto de Lima, 1715

Anexo (Grupo de Estudos Transdisciplinares em Educação em Saúde e Ambiente - GETESA)

Bairro: Barro Preto

CEP: 30190-002, Belo Horizonte, MG, Brasil

E-mail: vivianefranca@hotmail.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.