

## Salud Familiar en las Américas

Medwave 2013 Ene/Feb;13(1):e5588 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5588

# Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos

Family and community medicine and family health in Brazil: a strategy to provide primary health care for all

**Autor:** Nulvio Lermen Junior<sup>(1)</sup>, Armando Henrique Norman<sup>(2)</sup>

**Filiación:** <sup>(1)</sup>Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; <sup>(2)</sup>Durham University

**E-mail:** nulvio@hotmail.com

**Citación:** Lermen N, Norman A. Family and community medicine and family health in Brazil: a strategy to provide primary health care for all. *Medwave* 2013 Ene/Feb;13(1):e5588 doi: 10.5867/medwave.2013.01.5588

**Fecha de envío:** 16/10/2012

**Fecha de aceptación:** 30/11/2012

**Fecha de publicación:** 1/1/2013

**Origen:** solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión externa por 1 revisor, a doble ciego

**Palabras clave:** family medicine , family health, primary health care strategy

## Resumen

Las políticas que generaron los diseños de los sistemas de salud en Brasil han tenido una alta participación de la sociedad civil. Es el caso de la Estrategia de Salud Familiar, basada en los principios básicos del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS): universalidad, integración y equidad, en un contexto de descentralización y control social de la gestión. En esta revisión se dan a conocer los hitos del SUS y su misión institucional, profundizando en lo que se entiende por salud familiar, describiendo como la medicina familiar y comunitaria y la salud de la familia han sido una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos.

## Abstract

Health policies that spawned the design of the health systems in Brazil were undertaken with strong civil society participation. This is the case of the Family Health Strategy, based on the basic principles of the Brazilian Single Health System (SUS): universality, equity and integration, in the context of decentralization and social control of health administration. This review focuses on the SUS milestones and its institutional mission, delving into what is meant by family health and describing how family medicine and community and family health have been a strategy to provide primary health care for all.

## Guía conceptual

En la mayoría de los países de América Latina se han desarrollado políticas para cambiar las estructuras y los procesos mediante los cuales se han diseñado los sistemas de salud con el objetivo de mejorar el rendimiento, así como los indicadores de salud. Las medidas más difundidas fueron discutidas y desarrolladas bajo la influencia del Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial (1993). "Por lo general, la reforma incluye estrategias para la descentralización, la participación, paquetes básicos de atención, la financiación a través del aumento de costos compartidos o la privatización y la mejora de los sistemas de información"<sup>1</sup>.

Esto ha influido en la creación del Sistema Nacional de Salud de Brasil o Sistema Único de Salud (SUS) durante los años 80, que esencialmente ha reorientado el modelo de atención de salud en Brasil. Sin embargo, dentro de la democratización de Brasil, la sociedad civil ha impulsado gran parte de la reforma del sector salud en lugar de gobiernos, partidos políticos o incluso organizaciones internacionales<sup>2</sup>.

Para la atención primaria de salud y medicina familiar el apogeo de la reforma sanitaria brasileña fue la adopción de la "Estrategia de Salud Familiar". Esta estrategia fue fuertemente influenciada por Alma-Ata y experiencias de

Medicina de Familia que ya se estaban ejecutando en el país. Este proceso de concepción se basa en los ejes transversales de la universalidad, la integración y la equidad, en un contexto de descentralización y el control social de la gestión, que son los principios básicos del SUS, según lo establecido en la normativa constitucional e infra-constitucionales.

### Hitos del SUS

- El movimiento de reforma sanitaria de los 80's, movimiento social después de 20 años de militarismo.
- Constitución de 1988. La salud como derecho ciudadano.
- Las leyes de salud. Orientaciones generales (19 septiembre 1990) y el Control Social (28 de diciembre de 1990).
- El propósito central: el cuidado universal de la salud proporcionada para cada ciudadano.
- El acceso debe ser: universal, integrado y global.

La expansión y el mejoramiento de la atención primaria de la salud, de acuerdo con la Estrategia de Salud Familiar, comprenden una serie de prioridades políticas presentadas por el Ministerio de Salud y aprobado por el Consejo Nacional de Salud. Este concepto sustituye a la propuesta anterior, que se centraba exclusivamente en la enfermedad, para dar paso a la gestión y prácticas sanitarias desarrolladas con democracia y participación.

La atención primaria de salud en Brasil está estructurada siguiendo la concepción internacional que tiene como base: acceso, integridad, continuidad y coordinación<sup>3</sup>. Al delimitar claramente sus usuarios, los equipos de salud de la familia han logrado establecer un vínculo con el público en general, por lo que es posible que los profesionales se comprometan y compartan la responsabilidad con los usuarios, familiares y comunidad. El reto es ampliar el alcance de estas actividades, con miras a una atención más efectiva; ya que la salud de la familia se entiende como la principal estrategia para el cambio y está plenamente integrada en el contexto general de la reorganización del sistema de salud.

### Manejo

El Departamento de Atención Primaria de Salud (APS), que está vinculado a la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud, tiene como misión institucional realizar la gestión de esta política a nivel federal del SUS. Esta política se lleva a cabo en colaboración con los estados y los municipios. El Departamento APS también se encarga de la elaboración de mecanismos de control y evaluación del programa, para la prestación de asistencia técnica a los otros niveles de la administración (estados y municipios), y para la aplicación y la organización de la Estrategia de Salud de la Familia y acciones de atención primaria de salud.

### Salud familiar

La salud familiar se entiende como una estrategia para reorientar el modelo de atención de salud y se pone en práctica por equipos formados por un grupo de profesionales que trabajan en las unidades de atención

primaria de salud. Los equipos de salud tienen la responsabilidad de supervisar a un número determinado de familias en un área geográfica específica. El trabajo de equipos humanos consiste en promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación, a raíz de las enfermedades más comunes y lesiones, y el mantenimiento del estado de salud de la comunidad. La responsabilidad de un territorio y de acompañar a las familias da lugar a la necesidad de ir más allá de la forma tradicional de la atención que se centraba sólo en la enfermedad<sup>4</sup>.

La Estrategia de Salud Familiar es un proyecto dinámico dentro del SUS, provocado por la evolución histórica y la organización del sistema de salud en Brasil. La velocidad de expansión de la salud de la familia es la evidencia de que los administradores estatales y municipales de salud están de acuerdo con sus principios. Como estrategia estructural dentro de los sistemas de salud, salud de la familia, ha desatado un movimiento importante que tiene como objetivo reordenar el modelo de atención del SUS. Se pretende racionalizar el uso de mayores niveles de atención y ha tenido un impacto positivo en los principales indicadores de salud en las poblaciones atendidas por los equipos de salud familiar.

Estos son los seis puntos principales que han cambiado en la APS de Brasil<sup>5</sup>:

1. Definición de un equipo estándar nacional de salud familiar y sus funciones esenciales, integrada a una red de salud.
2. Definición de las responsabilidades de cada nivel del gobierno en la gestión de la APS.
3. Evolución de la financiación y el crecimiento de los créditos presupuestarios consignados para la APS.
4. Desarrollo de sistemas de vigilancia y evaluación.
5. El apoyo de los gestores municipales y usuarios.
6. Los resultados positivos y el crecimiento en importancia política de la APS.

### Equipos de salud

El trabajo de los equipos de salud familiar es el punto clave en el esfuerzo constante para comunicarse e intercambiar experiencias y conocimientos entre los miembros del equipo, así como también entre ellos y los otros trabajadores de la salud comunitaria. Los equipos de salud están compuestos por al menos un médico de familia y comunidad, una enfermera, un auxiliar de enfermería y de cuatro a doce trabajadores comunitarios de salud. Los grupos ampliados incluyen un dentista y asistente dental<sup>2</sup>.

A cada equipo se le asigna un área geográfica definida y es responsable de entre 3 mil a 4 mil personas. Ellos deben visitar los hogares y tienen que entender los procesos sociales y las condiciones en las áreas bajo su responsabilidad. Los equipos trabajan juntos en la atención clínica, salud pública, promoción de la salud y los asuntos sociales.

Otras características incluyen establecer vínculos de compromiso y de responsabilidad conjunta con la

población local, alentar a las comunidades a organizarse para supervisar los servicios de salud y de acción, utilizar los sistemas de información para el seguimiento y la toma de decisiones, para operar a través de alianzas con diversos sectores de la sociedad y de las instituciones buscando maneras de intervenir en situaciones que están más allá del ámbito específico del sector de la salud, pero pueden tener un impacto en las condiciones de vida y la salud de las personas, las familias y la comunidad.

### **La medicina familiar y la historia de la estrategia de salud familiar en Brasil**

La medicina familiar y comunitaria en Brasil comenzó su desarrollo en los años 70, incluso antes de la Conferencia de Alma Ata, cuando tuvieron lugar las primeras tres residencias en esta especialidad, en Río Grande do Sul, Río de Janeiro y Pernambuco. Estas experiencias fueron muy importantes para que se entrara en debate sobre la atención primaria de salud desde un nuevo enfoque, dejando atrás los programas verticales centrados en enfermedades que eran muy fuertes en ese momento<sup>6</sup>.

En 1981 se fundó la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC), en ese momento denominada Sociedad Brasileña de Medicina General y Comunitaria, nombre que mantuvo hasta 2001. En los años 80 y principios de los 90, la SBMFC ha luchado para mantenerse activa en un escenario nacional, con poco o ningún incentivo del gobierno para el desarrollo de la atención primaria. Este panorama cambió abruptamente con la creación del Programa de Salud de la Familia que fue fuertemente influenciado por algunas de las experiencias de medicina familiar y comunitaria sucediendo en Brasil en ese momento. Hoy en día, Brasil cuenta con más de 190 programas de residencia en medicina familiar y comunitaria.

La propuesta de la salud familiar comenzó a desarrollarse en Brasil en los años 90 después de casi 3 años de trabajo de los profesionales especializados en salud comunitaria en algunos municipios. El gobierno estaba planeando una forma de poner en acción todos los principios del Sistema de Salud de Brasil escritos en la Constitución Nacional en 1988, la aplicación de esta propuesta debería ser una respuesta a las necesidades de salud del país. La propuesta fue tomando forma como un programa, y los primeros equipos comenzaron a trabajar en doce ciudades en 1994 bajo el nombre de los equipos del Programa de Salud Familiar<sup>4</sup>.

Estos equipos en su mayoría tuvieron éxito, y otras ciudades comenzaron a implementar nuevos equipos en los años siguientes, pero el programa presentó problemas para despegar y también personal, debido a la forma burocrática de financiar el programa en los primeros años. El municipio tuvo que formular una propuesta anual al Ministerio para que este designara recursos de acuerdo a las necesidades y cuántos equipos querían implementar o mantener; este organismo analizaba la propuesta antes de que las partes celebraran un acuerdo y los recursos fueran transferidos. Todo este proceso, por lo general, se

tomó el tiempo y exigió un gran esfuerzo para todas las partes involucradas, los retrasos eran comunes en la transferencia por este proceso. En este sentido, algunos municipios optaron por no implementar los nuevos equipos o incluso a suspender el programa; pero aún con estos problemas, el país contaba con 2.054 equipos de trabajo en julio de 1998 con una gran aceptación popular y política.

En 1998, el Ministerio formuló un nuevo mecanismo para transferir recursos de atención médica primaria a los municipios. El Gobierno Federal creó el Fondo Fijo de Atención Básica (FFAB) y el Fondo Variable Atención Básica (FVAB) para garantizar el flujo de dinero desde el nivel federal hasta el nivel municipal, y se detuvo el pago de honorarios por servicio en la APS, este dinero fue entregado para generar un paquete amplio de APS en servicios de atención que fueron otorgados a la comunidad por los municipios, y no pudo ser utilizado para otras acciones no relacionadas con la APS.

El FFAB fue calculado per cápita y se transfirió a todos los municipios independientes de las acciones realizadas, el FVAB dependía de la acción y se calculó con la información del sistema nacional de bases de datos mensuales, un porcentaje fijo por cada acción implementada (equipos de salud familiar, trabajadores comunitarios de salud y equipos de salud bucal)<sup>4</sup>.

El cambio de financiación en la APS ha aumentado el ritmo de expansión de los equipos de salud de la familia en todo el país, como se muestra en la siguiente figura.

A pesar de la enorme expansión de los equipos de salud, el gobierno analizó este crecimiento y vio que aún tenía que desarrollar nuevos criterios financieros para seguir mejorando la atención primaria de salud en algunas zonas rurales pobres y particularmente en la región del Amazonas. En un intento por mejorar esta situación, en 2004 el gobierno brasileño implantó nuevos criterios de distribución de fondos para los equipos de salud familiar que trabajaban en los municipios con menos de 50.000 habitantes en el Amazonas o menos de 30.000 habitantes y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) inferior a 0,7 en cualquier región del país. Estas municipalidades empezaron a recibir un bono del 50% sobre la normal inversión financiera federal para cada equipo bajo su responsabilidad. Además, en abril de 2006, el gobierno federal adoptó la misma política para los equipos que trabajaban en las "quilombolas" zonas agrarias y zonas de asentamiento de reforma. Estas comunidades quilombolas (formadas por descendientes de esclavos negros) y las comunidades que viven en las zonas de asentamiento de la reforma agraria han tenido históricamente menos acceso a las acciones gubernamentales de salud<sup>7</sup>.

La nueva política de financiación para estas áreas ha tenido como resultado una importante mejora en el acceso a la salud de estas poblaciones; ello relacionado directamente con el crecimiento en el número de equipos de salud familiar, como se muestra en la Tabla I:

En el año 2006, el Ministerio en unión con los estados y municipios formuló la Política Nacional de Atención Primaria de la Salud, que trajo un nuevo apoyo a la APS en Brasil y reafirmó la salud familiar como estrategia nacional, cambiando su nombre de Programa de Salud Familiar a Estrategia de Salud Familiar, lo que le dio un mayor estatus<sup>5</sup>.

Hoy en día, Brasil cuenta con más de 33.420 equipos de salud familiar que trabajan en todo el país, lo que representa una cobertura nacional superior al 54%. Los equipos de trabajo han vinculado a más de 255.000 trabajadores de salud comunitarios y 22.000 equipos de salud dental. Esto significa que las estrategias han contado con más de 350.000 trabajadores. La consecuencia es que la estrategia de APS en Brasil representó no sólo un gran avance en cuanto a la calidad de la salud, sino también que aportó en términos de inclusión social para muchas familias, teniendo en cuenta que, por lo general, el perfil de los agentes comunitarios de salud eran mujeres sin ocupación anterior o salario.

Es muy importante reconocer que el crecimiento en términos de cobertura de la población fue seguido por un aumento en el gasto federal para la atención primaria de salud. Fueron los buenos resultados obtenidos y el reconocimiento popular de la estrategia lo que hizo posible negociar internamente este incremento gubernamental. El gobierno federal aumentó los recursos financieros para la atención primaria de salud en una tasa superior al 300% en los últimos 10 años, según lo expuesto en la Tabla II. En el año 2009 se reservaron unos 5 mil millones de dólares para financiar las acciones de APS a nivel municipal.

### Algunos resultados de la Estrategia de Salud Familiar después de 18 años

Después de 18 años de aplicación de la Estrategia de Salud Familiar, se han obtenido buenos resultados expresados en los estudios nacionales e internacionales. Por ejemplo, para enfermedades no transmisibles los descensos fueron principalmente en enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas, que se han asociado con la implementación exitosa de las políticas de salud que conducen a la disminución del consumo de tabaco y la ampliación del acceso a la información general primaria de salud en las tendencias<sup>6</sup>. La mortalidad infantil en Brasil a lo largo de las últimas tres décadas muestra una disminución constante de 5,5% por año en 1980 y 1990; llegando a 4,4% por año a partir de 2000, alcanzando el 2008 una tasa de mortalidad del 20%<sup>8</sup>.

Se citan a continuación algunos estudios que han revelado los efectos positivos de la Estrategia de Salud Familiar:

#### Mortalidad infantil

- El estudio "Going to scale with community-based primary care: an analysis of the Family Health Program and infant mortality in Brazil", mostró que, controlando los factores determinantes de la salud, e incrementando en 10% la cobertura de la Estrategia de Salud Familiar

se obtuvo una disminución de un 0,45% en IMR, una disminución de 0,6% de la mortalidad neonatal posterior, y un descenso del 1% de la mortalidad por diarrea ( $p < 0,05$ )<sup>10</sup>.

- Un estudio divulgado en la revista American Journal of Public Health demostró que la Estrategia de Salud Familiar ha contribuido a una disminución de la tasa de mortalidad infantil en Brasil, y señaló que los efectos fueron más fuertes en las áreas con mayores tasas de mortalidad y menor índice de desarrollo humano, lo que sugiere que la Estrategia de Salud Familiar puede contribuir a la disminución de las desigualdades sociales en salud en Brasil<sup>11</sup>.
- Un estudio sobre la evaluación del impacto de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) en la mortalidad infantil en Brasil, mostró que la expansión de la ESF, junto con otros desarrollos socio-económicos, se asociaron consistentemente con la reducción de la mortalidad infantil<sup>12</sup>.
- Brasil estuvo presente en el grupo que obtuvo los mejores resultados dentro de los "Objetivos de Desarrollo del Milenio" dentro de los países prioritarios analizados desde la reducción de las tasas de mortalidad infantil, y se señaló que existen indicios de que esto se puede atribuir a dos acciones gubernamentales: la Estrategia de Salud Familiar (en especial a los trabajadores de salud comunitaria), y por el programa gubernamental de transferencia directa de ingresos llamada "Bolsa Familia", que tienen requisitos especiales relacionadas con el acompañamiento de la salud<sup>13</sup>.

#### Mortalidad infantil y desarrollo social

- Un estudio reciente mostró "efectos consistentes del programa en la reducción de la mortalidad a lo largo de la distribución por edades, pero sobre todo a edades más tempranas. Los municipios en las regiones más pobres del país se benefician particularmente del programa. En estas regiones, la aplicación del programa, también fuertemente asociado con el aumento de oferta de trabajo de los adultos, reducción de la fertilidad y mayor escolaridad. La evidencia sugiere que el Programa Salud de la Familia es una herramienta muy rentable para mejorar la salud en las zonas pobres"<sup>14</sup>.

#### Hospitalizaciones evitables

El estudio denominado "Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil", demuestra que la expansión de la Estrategia de Salud Familiar se asoció con reducciones en las hospitalizaciones por diabetes mellitus y problemas respiratorios, y que el incremento de agentes comunitarios de salud se correlacionó con reducciones de las hospitalizaciones circulatorias. La estrategia puede haber contribuido a un estimado de 126.000 hospitalizaciones menos entre 1999 y 2002, lo que corresponde a un ahorro potencial de 63 millones de dólares estadounidenses<sup>15</sup>.

#### Anciano

Un estudio demostró que en términos de cuidado de salud para las personas de edad avanzada, se obtuvieron



mejores resultados en los servicios de salud familiar que en otros tipos de servicios de atención primaria en los mismos municipios de Brasil<sup>16</sup>.

#### *Satisfacción de los usuarios*

Un estudio demuestra la buena evaluación de la salud familiar para los usuarios, los profesionales y directivos<sup>17</sup>.

#### *Oferta, el acceso y utilización de los servicios de salud*

Un estudio demostró mejores resultados para los servicios de salud familiar, en comparación con otro tipo de servicios de atención primaria en los mismos municipios en Brasil en términos de la oferta, el acceso y utilización de los servicios<sup>18</sup>.

#### *Aplicación de la estrategia*

En el estudio "Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais", que abarca 125 municipios de los estados brasileños, se encuentra un interesante resultado secundario; se ha observado que no hay ninguna correlación entre la implementación del la ESF y el grupo político en la administración local, mostrando que la decisión de implementar la estrategia parece ser independiente de la ideología en el gobierno<sup>19</sup>.

## Conclusiones

La medicina familiar y comunitaria en Brasil se encuentra en buen camino gracias a la implementación y crecimiento de la ESF. El desarrollo de la estrategia fue una alianza entre el gobierno federal, estatal y municipal con un fuerte apoyo popular y un aporte estratégico de las sociedades científicas como la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria. La estrategia de APS demuestra ser adaptable y replicable, y aunque Brasil es un país grande y con marcadas diferencias entre sus regiones se lleva a cabo en todo el territorio. La iniciativa se ha llevado a cabo por más de 18 años, después de haber pasado por cinco elecciones nacionales, cuatro presidentes distintos y once ministros de salud; y después de todo, sigue siendo fuerte y cuenta con una gran aceptación del público, demostrando que la APS ha crecido y obtenido buenos resultados para la población. Brasil puede ser fuente de inspiración para que otros países hagan frente a sus propios problemas de salud, siempre y cuando haya un alto nivel de participación de la sociedad civil, en este sentido se debe enmarcar la salud como derecho político y también implica la organización de su sistema a través de una fuerte estrategia de salud primaria<sup>9</sup>.

## Notas

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por Medwave, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del artículo/investigación; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

## Referencias

1. Atkinson S. Political cultures, health systems and health policy. *Soc Sci Med*. 2002 Jul;55(1):113-24. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778-97. Epub 2011 May 9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
3. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 1a ed. Brasília: UNESCO, Ministério Da Saúde, 2002. ↑ | [Link](#) |
4. Sampaio FR. The Brazilian health system: highlighting the primary health care reform. *IJPH*. 2010;7(4):359-68. ↑ | [Link](#) |
5. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. *Série Pactos pela Saúde Vol.4*. ↑ | [Link](#) |
6. Gusso G, Lopes JM. *Tratado de medicina de família e comunidade. Princípios, formação e prática*. Porto Alegre: ARTMED, 2012. ↑
7. Victora CG, Barreto ML, Leal C, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011 Jun 11;377(9782):2042-53. Epub 2011 May 9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. Victora CG, Aquino EM, do Carmo M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011 May 28;377(9780):1863-76. Epub 2011 May 9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Buss P. Brazil: structuring cooperation for health. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1722-3. Epub 2011 May 9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Macinko J, Marinho de Souza Mde F, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007 Nov;65(10):2070-80. Epub 2007 Aug 8. ↑ | [PubMed](#) |
11. Barreto ML, Aquino R. Recent positive developments in the Brazilian health system. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):8. Epub 2008 Nov 13. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
12. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006 Jan;60(1):13-9. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [PMC](#) |
13. Murray CJ, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet*. 2007 Sep 22;370(9592):1040-54. ↑ | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
14. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. Bonn, Germany: IZA, 2009. Discussion Paper No. 4119, Apr 2009. ↑ | [Link](#) |

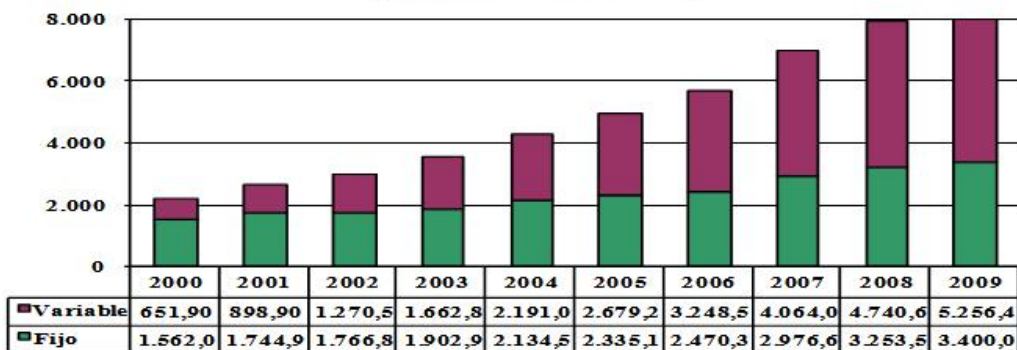
15. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage.* 2009 Apr-Jun;32(2):115-22. ↑ | [PubMed](#) |
16. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silva D, Vinholes F, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006 Jul/Set;11(3):657-667. ↑ | [CrossRef](#) |
17. Elias PE, Whitake C, Góis MC, Cohn A, Kishima V, Escrivão A, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006 Jul /Set;11(3):633-641. ↑ | [CrossRef](#) |
18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silva D, Vinholes F, et al. Desempenho do PSF no Sul e no nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006 Jul /Set;11(3):669-681. ↑ | [CrossRef](#) |
19. Henrique F, Calvo MC. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009 Set/Oct;14(suppl.1):1359-1365. ↑ | [CrossRef](#) |

## Tablas y Figuras

Year	Number of teams working in	
	Quilombolas areas and agrarian reform settlement areas	Municipalities with less than 30.000 inhabitants in Amazon Area or less than 30.000 inhabitants and Human Development Index (HDI) below 0,7 in other regions of the country
2006 (june)	36	7941
2007	384	8738
2008	1519	8969

**Tabla I.** Equipos de trabajo de salud familiar (2006-2008). *Fuente.* Información Básica del Sistema de Atención.

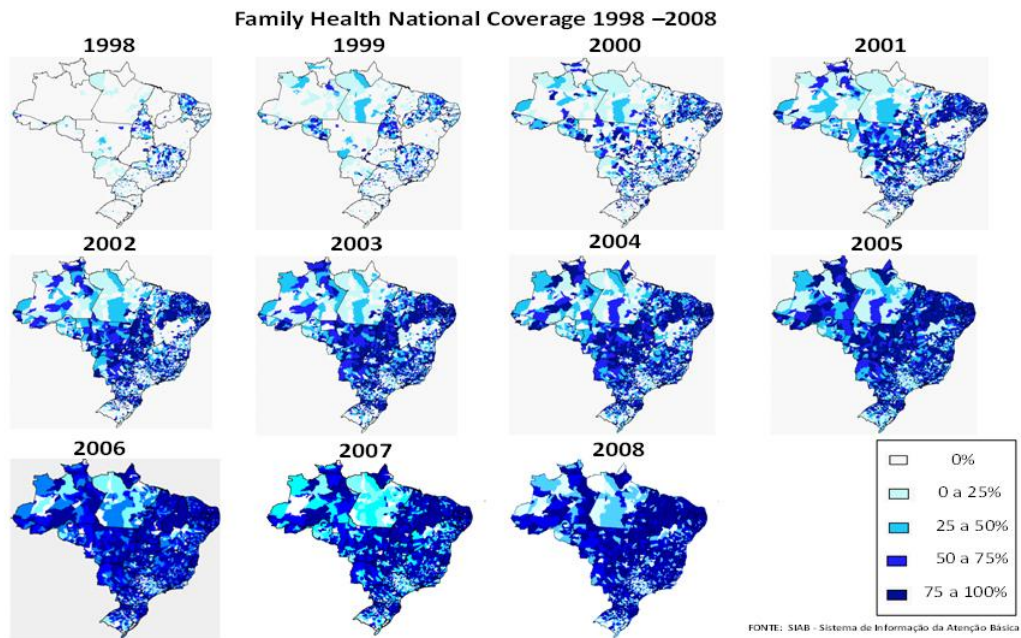
### Evolution of PHC \$\$\$ resources – Brasil (Millions of Reais)



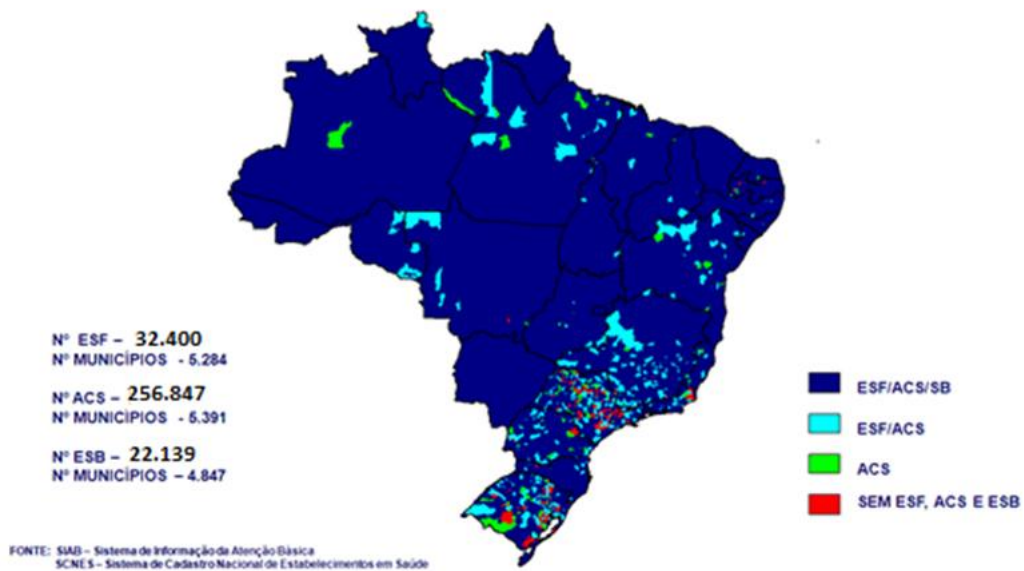
SOURCE: National Health Fund



**Tabla II.** Estrategia de Salud Familiar (Brasil 2000-2009). *Fuente.* Recursos financieros asignados por el Gobierno Federal.



**Figura 1.** Cobertura nacional de salud familiar (1998-2008). *Fuente.* Información Básica del Sistema de Atención.



**Figura 2.** Trabajadores de salud familiar (Agosto 2012). *Fuente.* Información Básica del Sistema de Atención.

**Correspondencia a:**

<sup>(1)</sup>Rua Evaristo da Veiga, 16 sala 401  
Centro-Rio de Janeiro-RJ  
CEP: 20031-040



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.