



Revista Cambios y Permanencias
Publicación multi e interdisciplinaria
orientada a los estudios sociales

Revista Cambios y Permanencias

Grupo de Investigación Historia, Archivística y Redes de Investigación

Vol.11, Núm. 2, pp. 496-515 - ISSN 2027-5528

Sistema brasileño de salud pública y algunas de sus implicaciones

Brazilian public health system and some of its implications

Sheila Cristina Gonçalves

Universidade Federal de Juiz de Fora

orcid.org/0000-0001-6155-0645

Recibido: 30 de junio de 2020

Aceptado: 14 de octubre de 2020



Grupo de
Investigación
Historia
Archivística y
Redes de
Investigación



Universidad
Industrial de
Santander

Universidad Industrial de Santander / cambiosypermanencias@uis.edu.co

Sistema brasileño de salud pública y algunas de sus implicaciones

Sheila Cristina Gonçalves
Universidade Federal de Juiz de Fora

Master en Ciencias Sociales-UFJF, Especialista en Gestión Pública en Organizaciones de Salud- GPOS, Especialista en planificación e implementación y gestión de EAD-UFF, Especialista en políticas para la promoción de la igualdad racial en la escuela- UNIAFRO-UFOP, Graduada en Ciencias Sociales - UFJF –

Correo electrónico: leysha_mg@yahoo.com.br

ORCID-ID: <https://orcid.org/0000-0001-6155-0645>

Resumen

La propuesta de investigación presentada en este trabajo está relacionada con la comprensión del sistema de salud pública brasileño. Se pretende analizar algunas consecuencias de los cambios en el acceso a los tratamientos de salud antes y después de la creación del Sistema Único de Salud - SUS. Los estudios concluyeron que antes de la implementación del Sistema Único de Salud, los tratamientos de salud no estaban destinados a promover el bienestar físico y mental de las personas, sino solo para aliviar la enfermedad. El concepto de salud después de la creación del SUS se transformó, ya no está solo relacionado con la ausencia de enfermedades para abarcar un conjunto de factores, incluida la vigilancia de la salud. La salud se ha convertido en un derecho de todos los brasileños y en una responsabilidad del Estado (Constituição Federal, 1988). Este artículo también cubrió una breve historia de los tratamientos de salud y la regularización de la medicina en Europa del siglo XVIII. Estos se basaron en la revisión de la literatura de Foucault (1979). La metodología utilizada fue

mediante investigación bibliográfica para debatir el problema que involucra el tema propuesto.

Palabras clave: SUS, Brasil, vigilancia de la salud, gestión.

Brazilian public health system and some of its implications

Abstract

The investigative proposal presented in this work is related to the understanding of the Brazilian public health system. It is intended to discuss some consequences of the changes in access to health treatments before and after the creation of the Unified Health System - SUS. The studies concluded that before the implementation of the Unified Health System, health treatments were not intended to promote people's physical and mental well-being, but only to alleviate disease. The concept of health after the creation of SUS was transformed, it is no longer just linked to the absence of diseases to encompass a set of factors, including health surveillance. Health has become a right of all Brazilians and the responsibility of the State (Constituição Federal, 1988). This article also covered a brief history of health treatments and the regularization of medicine in 18th century Europe. These were based on the literature review by Foucault (1979). The methodology used was by means of bibliographic research in order to debate the problem that involves the proposed theme.

Keywords: SUS, Brazil, treatments, management.

Introducción

Antes del siglo XVIII en Europa, el hospital era una institución de exclusión o separación, ya que uno de sus propósitos era proporcionar la última atención médica a las personas pobres que nunca habían tenido tratamientos médicos; era también una forma de protección de los demás para no contagiarse de las enfermedades que ellos podrían transmitir. En ese momento, los hospitales fueron denominados "lugar para morir", porque eran conocidos como un lugar donde la gente iba a morir. El modelo de hospital adoptado en ese momento era muy similar a los lugares donde los laicos ejercían su caridad. Los voluntarios estaban allí para cuidar los últimos momentos de esos miserables en un intento por salvar su espíritu (Foucault, 1979).

Desde el momento en que el hospital fue concebido como una unidad terapéutica, la comunidad que anteriormente era responsable de atender a los pacientes fue gradualmente eliminada para que los médicos pudieran hacerse cargo de los hospitales. El funcionamiento económico del hospital y las visitas pasaron a ser responsabilidad de los médicos. Se implementaron varias regulaciones para la operación de unidades hospitalarias, cambios entre los cuales estaba la jerarquía. Los médicos que se consideraron más competentes y tuvieron la mayor curación acreditada en su plan de estudios fueron los más solicitados. Esta categorización marcó el advenimiento de la jerarquía hospitalaria entre médicos, enfermeras, asistentes y estudiantes, delimitando el lugar ocupado por cada tipo de profesional. El médico que se consideraba un experto en un tema determinado tenía su propio equipo. Se implementaron otros cambios, como los registros de hospitalización. Los pacientes fueron identificados con una etiqueta atada a la muñeca con el nombre del paciente, así como un registro de entrada y salida, el diagnóstico del médico que lo recibió y todos los mapas de ubicación del paciente (Foucault, 1979). Actualmente, este procedimiento continúa en uso en algunos hospitales. Los pacientes se identifican con signos colocados al lado de la cama, que contienen todos los procedimientos médicos realizados durante su estadía en el sector hospitalario, así como el nombre del médico responsable durante su estadía.

El nacimiento del hospital con una unidad terapéutica fue una forma innovadora de intervención que ocurrió en Europa a fines del siglo XVIII. En este nuevo modelo, los hospitales fueron visitados y comparados entre sí. Durante ese mismo período, a pedido de

la Academia de Ciencias, Howard y el francés Tenon fueron asignados a visitar hospitales. Tenor era médico, Howard no, pero fue nombrado uno de los precursores de los filántropos del hospital. Los dos visitaron hospitales, así como prisiones y lazaretos en Europa, mapeando las características de esta encuesta. El propósito de estas visitas fue crear un programa para reconfigurar hospitales. Por lo tanto, se estableció un campo documental de la operación de hospitales que delimitaba los registros y una acumulación de capacitación en conocimiento médico que se volvió importante para el trabajo dentro del hospital. El hospital ya no es solo un lugar de curación, también se ha convertido en un lugar de entrenamiento y registros. El individuo se convirtió en objeto de conocimiento médico y, al mismo tiempo, en blanco de intervención médica (Foucault, 1979).

En Europa, la medicina social se midió en tres áreas: medicina estatal, medicina urbana y medicina ocupacional. Las tres áreas se desarrollaron de manera diferente. La medicina estatal, establecida en Alemania, regularizó la profesión médica antes que Inglaterra y Francia, que priorizaron la regularización de la industria militar, las armas y la profesión docente. Uno de los objetivos de la medicina estatal era mantener el control de la población. Para mantener sus propósitos, hubo intervención estatal, controlando el estado de salud de las personas a través de la interferencia con sus cuerpos, como el tratamiento y las vacunas. La medicina urbana establecida en Francia estableció una naturaleza de menor proporción, dirigida más a pequeñas comunidades. El sistema de salud se preocupaba por cuidar la salud de la burguesía. Para lograr sus objetivos, se ocuparon de las ciudades y las casas, eliminando las posibles causas de enfermedades en la población pobre. Entre estas preocupaciones estaban la ubicación de los cementerios dentro de la ciudad, la preocupación por la calidad del aire que respiraban las personas y la calidad del agua que bebían. La medicina ocupacional establecida en Inglaterra se centró más en la salud de la población activa. La preocupación no era con la forma de vida de los pobres, sino con el mantenimiento de una fuerza laboral activa, controlando las enfermedades de los pobres para que no causaran pérdidas con su inactividad (Foucault, 1979).

Los tratamientos de salud en Brasil antes de la creación de un sistema de salud pública, tenían algunas similitudes con los de Europa del siglo XVIII descritos por Foucault (1979). Los profesionales de la salud y los tratamientos no eran accesibles para los sectores más

pobres de la sociedad. Sin acceso a tratamientos, las personas se automedican con el riesgo de agravar una enfermedad no identificada y aún transmitir la enfermedad a otros miembros de la familia. Los pobres y la población negra murieron sin tratamiento y sin un diagnóstico de la causa de la muerte. Esta realidad todavía está presente en la sociedad brasileña. Aunque Brasil tiene un Sistema de Salud Unificado (SUS), que tiene como uno de sus objetivos reducir las desigualdades en salud, muchos brasileños aún mueren por falta de tratamiento médico.

La revisión de la literatura realizada por Once (2014) señala que la relación entre el estado socioeconómico y la salud se ha observado desde mediados del siglo XIX con resultados que continúan hasta nuestros días. El estado socioeconómico sigue teniendo un profundo efecto en la salud de la población. En los países subdesarrollados, sigue siendo un área de estudio importante en varias disciplinas, incluidas la medicina, la sociología, la epidemiología, la economía y la demografía.

Breve contexto histórico sobre la creación del Sistema Único de Salud de Brasil - SUS

Antes de la creación del SUS, el cuidado de la salud en el período anterior a la década de 1930 fue realizado por Santa Casa de Misericórdia y Charities, para aquellos que no tenían dinero para pagar el tratamiento médico (CONASS, 2011).

En 1923, la creación de los Fondos de Jubilación y Pensiones (CAP) fue regulada por la Ley Elói Chaves, un modelo que estaba restringido a las empresas. El Seguro Social se creó en la década de 1930 y funcionó a través de los Institutos de Jubilación y Pensiones - IAP de varias categorías profesionales. En 1953, se creó el Ministerio de Salud. "En 1967, la unificación de los IAP en el Instituto Nacional de Seguridad Social (INPS) crea un mercado para las acciones que serán producidas por compañías que venden servicios médicos y fortalece el movimiento de privatización del sector" (CONASS, 2011, p.13).

En la década de 1970, la medicina comunitaria, las instituciones académicas y los departamentos de salud construyeron proyectos en un intento de implementar las primeras experiencias de municipalización de la salud. En 1972, se iniciaron proyectos experimentales en colaboración con el Ministerio de Salud y Seguridad Social, creado en 1975 mediante la Ley no. 6.229 que regulaba la organización del Sistema Nacional de Salud-SNS. El Sistema

Nacional de Seguridad y Asistencia Social-SINPAS fue creado en 1977. En ese mismo año, se implementó el programa de Interiorización de Acciones de Salud y Saneamiento-Piass, que se expandió en 1979. Antes de la constitución del SUS, se implementaron varios otros programas creados con el objetivo de reducir las desigualdades en salud entre grupos sociales (CONASS, 2011).

Después de la creación de varios proyectos para aliviar las desigualdades de salud entre los grupos sociales, el SUS se creó en 1988; uno de los objetivos era ofrecer atención médica y tratamiento gratuitos a todos los brasileños. Este derecho fue regulado en la Constitución de 1988:

Art. 194. (*) La seguridad social comprende un conjunto integrado de acciones de iniciativa de las autoridades públicas y la sociedad, destinadas a garantizar los derechos relacionados con la salud, la seguridad social y la asistencia social.

Párrafo unico. Depende de las autoridades públicas, bajo los términos de la ley, organizar la seguridad social, con base en los siguientes objetivos:

I - universalidad de cobertura y servicio;

II - uniformidad y equivalencia de beneficios y servicios para las poblaciones urbanas y rurales;

III - selectividad y distributividad en la provisión de beneficios y servicios;

IV - irreductibilidad del valor de los beneficios;

V - equidad en forma de participación en la financiación;

VI - diversidad de la base de financiación;

VII - carácter democrático y descentralizado de la gestión administrativa, con la participación de la comunidad, especialmente trabajadores, empresarios y jubilados (Constitución Federal, 1988, p.1).

La recaudación de fondos para mantener este proyecto provendría de toda la sociedad, incluidos los empleadores y los trabajadores registrados. La financiación también provendría de los gobiernos estatales, municipales, federales y de la Unión. De conformidad con la ley, se otorgó una exención de las contribuciones financieras para organizaciones benéficas y asistencia social. De esta manera, la salud se ha convertido en un derecho de todos los brasileños y en la responsabilidad del Estado, que debe garantizarse mediante políticas sociales y económicas, a fin de reducir los riesgos de enfermedades y garantizar una buena salud igualitaria (Constituição Federal, 1988)

El Art. 200 de la Constitución de 1988, regulaba la competencia del Sistema Único de Salud:

Art. 200. El sistema de salud unificado es responsable, además de otros deberes, bajo los términos de la ley:

I - controlar y supervisar procedimientos, productos y sustancias de interés para la salud y participar en la producción de medicamentos, equipos, inmunobiológicos, productos sanguíneos y otros insumos;

II - llevar a cabo las acciones de salud y vigilancia epidemiológica, así como la salud de los trabajadores;

III - ordenar la formación de recursos humanos en el área de la salud;

IV - participar en la formulación de la política y la ejecución de acciones básicas de saneamiento;

V - aumentar el desarrollo científico y tecnológico en su área de actividad;

VI - inspeccionar e inspeccionar los alimentos, incluido el control de su contenido nutricional, así como las bebidas y el agua para consumo humano;

VII - participar en el control e inspección de la producción, transporte, almacenamiento y uso de sustancias y productos psicoactivos, tóxicos y radiactivos;

VIII - colaborar en la protección del medio ambiente, incluido el trabajo (Constitución Federal, 1988, p.3).

SUS es un sistema que cubre todo tipo de tratamientos, desde la atención más simple, como la atención ambulatoria, hasta la más compleja, como los trasplantes de órganos. El sistema está compuesto por secretarías a nivel municipal, estatal y federal.

Después de los estudios y la estructuración del SUS, la salud comenzó a estar relacionada con la calidad de vida, que incluye saneamiento básico, educación, alimentación, vivienda, ingresos y ocio. Para ampliar el acceso más democrático, el sistema de salud ya no está centralizado. La municipalización del SUS acercó el sistema a la población, también coexistiendo a nivel estatal, pero el énfasis está en el nivel municipal, que ganó recursos y responsabilidades con la salud de la población (Ministério da Saúde, 2000).

Gestión del SUS

La revisión de la literatura realizada por Dusi señala que la buena administración se realiza en etapas, destacando seis etapas principales: definición del perfil de los gerentes, régimen de responsabilidad centrado en los resultados, construcción de estructuras de resultados, desarrollo de sistemas de información, uso de la información obtenida, un modelo de gestión adaptado y adaptable a las demandas (Dusi, 2017, p.31). Estoy de acuerdo con Dusi, porque, para obtener resultados eficientes, la gerencia necesita establecer un objetivo primero. Los programas creados en salud deben adaptarse para todas las regiones, ya que la

necesidad de cada uno es diferente de la otra. Un programa uniforme no puede satisfacer todas las singularidades regionales de Brasil. Después de conocer los objetivos, es necesario planificar de acuerdo con las particularidades de cada región. Es importante delinear el perfil de los gerentes y llevar a cabo un proceso de selección para que el gerente elegido satisfaga las necesidades del proyecto. Después de elegir con un monitoreo de las acciones del gerente, a través de evaluaciones constantes, es posible verificar si el proyecto realmente se está implementando.

De acuerdo con la Planificación Estratégica Situacional-PSA, el proyecto debe tener como uno de sus objetivos una visión estratégica teniendo en cuenta el público objetivo. El PSA se divide en cuatro etapas: explicativas, normativas, estratégicas y táctico-operativas. El paso explicativo consiste en elegir y analizar los problemas a resolver. La etapa normativa describe un plan para resolver el problema propuesto. El siguiente paso es el estratégico que analiza la viabilidad de la planificación. La etapa táctico-operativa pone en práctica el plan (Manual de planificación del SUS, 2016). El modelo de planificación, si se aplica bien, permite obtener resultados más eficientes, pero el monitoreo de las políticas públicas no es eficiente para promover la optimización de los resultados del proyecto.

Dusi (2017) ejemplifica la importancia de la planificación y también destaca que la falta de un objetivo claro dificulta la obtención de resultados eficientes, destacando algunos pasos que deben tomarse para lograr resultados en las políticas públicas. También habla sobre modelos de reforma administrativa para obtener resultados más eficientes. El modelo fue utilizado en varios países. Brasil está incluido entre los países que probaron este modelo., en el cual, la descentralización del poder es una de las características.

El modelo de regionalización del SUS se basó en las primeras experiencias en Europa. La regionalización consistió en descentralizar los recursos, transfiriendo la responsabilidad del uso de estos recursos a los municipios. Los estudios muestran que esta tendencia se ha observado en los sistemas de salud en varios países. (Manual de planificación del SUS, 2016).

La planificación regional implica una estructura formada por tres esferas, municipal, estatal y federal, cuyo objetivo es optimizar el funcionamiento del SUS, integrando mecanismos de gestión. Las esferas de la planificación sanitaria de la Unión, los Estados, el

Distrito Federal y los municipios deben desarrollar la planificación de manera integrada, con el objetivo de la complementariedad y la funcionalidad.

El ciclo de planificación presenta pautas nacionales del que priorizan el consejo de salud, un mapa de salud que incluye pautas, metas e indicadores en formato anual, planificación anual integrada, pautas, objetivos plurianuales, metas e indicadores regionales. Los informes detallados trimestrales y de gestión también se incluyen en el ciclo (Manual de planificación del SUS, 2016, p.95).

El Decreto n° 7.508 / 2011 y la Resolución CIT n°1 / 2011 definen la región de salud agrupando municipios vecinos para optimizar la ejecución de acciones y servicios de salud entre los municipios. Para la efectividad de este proceso, se tiene en cuenta la proximidad económica, social y cultural de los municipios. La información de las regiones se sistematiza para verificar la disponibilidad de recursos. Luego de la identificación del mapa de salud, guiado por las pautas e indicadores, comienza la planificación de la distribución de los recursos que se destinarán a los municipios de la región mapeada, establecida por la Resolución CIT No. 05/2013. Las responsabilidades presupuestarias y financieras se definen mediante intervenciones prioritarias, así como los objetivos para cada entidad federativa (Manual de planificación del SUS, 2016, p.95).

La estructura del Sistema de Salud ha sufrido cambios importantes, pero estos cambios no fueron suficientes para satisfacer la demanda de los usuarios. La planificación para obtener resultados más efectivos tiene dificultades para funcionar. Una de las dificultades es la falta de capacitación y la proximidad de los profesionales involucrados en el proceso de gestión con las singularidades de la realidad de los municipios en cada región, así como el monitoreo y la reestructuración de la planificación. Una posibilidad estratégica para resolver este problema sería la participación de la población en los consejos locales de salud.

Los consejos de salud son mecanismos que permiten a los gerentes acercarse a los representantes de la población. Los usuarios pueden proporcionar información con mayor precisión sobre las necesidades reales de los municipios. La dificultad de este enfoque radica en la falta de conocimiento de la población sobre el funcionamiento y la importancia de su presencia en las reuniones del consejo.

Los estudios de Dusi (2017) explican que el plan de salud es el instrumento que conforma la planificación de cada esfera de la gestión del SUS y debe basarse en las necesidades de cada región. El Programa Anual de Salud - PAS implica la gestión de presupuestos y recursos. Uno de los instrumentos para monitorear esta herramienta es el Informe detallado para el trimestre anterior - RDQAm, que tiene una fecha límite que debe presentar el gerente. El informe de gestión, “Es el instrumento que presenta los resultados logrados con la ejecución del PAS y guía las redirecciones que puedan ser necesarias para el Plan de Salud y los siguientes Programas Anuales. Los gerentes del SUS lo utilizan para dar cuenta de las acciones del Plan de Salud implementado por PAS, realizado en el año anterior” (Dusi, 2017, p.20).

Los estudios de Dusi (2017) demuestran que el mapa de salud presenta un conjunto de territorios medidos en regiones; la estructura del mapa colabora para que la planificación se lleve a cabo en cada entidad federativa. SISPACTO presenta la organización de acciones y servicios de salud regionales centrados en los resultados de salud. El Sistema de Apoyo para la Construcción del Informe de Gestión -SARGSUS, así como el Sistema de Pautas, Objetivos, Metas e Indicadores del Acuerdo - SISPACTO tiene como objetivo ayudar a la práctica de gestión. Estas herramientas son mecanismos que ayudan a la supervisión de la planificación, favoreciendo la visibilidad por instituciones, usuarios y ciudadanos. El Sistema de Información sobre Presupuestos de Salud Pública - SIOPS tiene información que presenta los recursos aplicados en salud.

Los instrumentos de planificación, el Plan de salud, la Programación anual de salud y los Informes de gestión se entrelazan con las herramientas que se utilizan para apoyar la planificación, como Health Map, SISPACTO, TABNET, SIOPS AND SARGUS para que la planificación sea compuesta con la ayuda de estas herramientas. Los recursos a nivel municipal, en algunos casos, no son suficientes para lograr la planificación en su totalidad y tampoco las demandas de los usuarios. Los distritos de los municipios pequeños están incluidos en la planificación de los municipios, pero en algunos casos sus singularidades no se tienen en cuenta en la construcción de la planificación.

Los municipios brasileños tienen diferentes realidades, como recursos, población, atención médica, entre otros. Estas variaciones influyen en la forma de gestionar y organizar

las publicaciones de salud, configurando diferentes modelos de gestión. (Ministerio de Salud, 2000). Los administradores municipales también pueden formar asociaciones. Cuando no tienen la estructura física o humana para realizar procedimientos, pueden buscar soluciones en instituciones filantrópicas o privadas. Los municipios también pueden asociarse entre sí. Cuando un municipio no tiene los recursos para llevar a cabo ciertos tratamientos, los gerentes pueden recurrir al municipio vecino y negociar tratamientos para la población. Los pagos por los servicios prestados siempre son cubiertos por el gerente del municipio que solicitó los servicios (Ministério da Saúde, 2000).

El Estado también tiene la responsabilidad de la salud de los usuarios del SUS. A nivel estatal, una de sus funciones es proporcionar incentivos y condiciones para que los administradores municipales puedan servir a la población local. El Estado asume la responsabilidad de la atención médica de los municipios que aún no han organizado su Sistema de Salud hasta que el administrador del municipio tenga la capacidad de asumir esa responsabilidad por sí mismo. SUS-State promueve la armonía y la integración de los sistemas municipales. Este sistema está formado por un personal técnico que organiza planes, define objetivos, crea asociaciones, calcula riesgos e implementa mecanismos para la ejecución de planes (Ministério da Saúde, 2000).

Una de las responsabilidades de la Unión es ejercer la gestión del SUS a nivel nacional, promoviendo condiciones e incentivos para el buen funcionamiento del SUS estatal, y también ejerciendo funciones de normalización y coordinación de la gestión nacional. La logística de operación es la misma que la del sistema estatal, un personal técnico organiza los planes y objetivos que deben llevar a cabo los estados (Ministerio de Salud, 2000).

Según estudios de Gonçalves (2014), existen otros instrumentos que conforman la planificación y gestión del SUS. Para aplicar las herramientas de planificación, se necesitan recursos suficientes, recursos humanos, capacitación, técnicas y métodos para cubrir la planificación de todos los municipios. La participación de los Estados y la Unidad Federal también es necesaria, insertada en los instrumentos de planificación, el Plan de Salud, los Programas Anuales de Salud y los Informes Anuales de Gestión. Si los objetivos se aplican de manera efectiva, la planificación de ofertas y servicios destinados a promover la salud de la población puede hacer realidad los principios del SUS, promoviendo la universalidad, la

integralidad y la equidad, la organización, la regionalización y la jerarquización, la descentralización y el comando único.

Sistema de vigilancia de la salud

El desarrollo de las ciudades también ha provocado un aumento de las desigualdades sociales. Con el aumento de la población, las ciudades se inflaron, sin planificación y sin estructura, donde la probabilidad de propagación de enfermedades es mucho mayor debido a la acumulación de personas, aire contaminado, agua sucia, entre otros problemas urbanos. Desde el momento en que se controló la enfermedad de la población, se evita que otras personas contraigan la enfermedad. La población pobre sufre más por la falta de estructura. Una de las formas de mantener una buena salud sería si los espacios ocupados por esta población estuvieran ubicados en un lugar sanitario y saludable en la ciudad. Sin embargo, en Brasil, principalmente en las regiones del norte y noreste del país, todavía hay muchas casas que no tienen un sistema de alcantarillado o la alcantarilla está abierta, lo que deja a la población local vulnerable a la enfermedad. La vigilancia de la salud tiene un papel muy importante en el control de estos factores.

Los estudios de De Seta (2010) muestran que el Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria fue creado en la década de 1990, El Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SNVS) alberga una de las prácticas más tradicionales en el campo de la salud, la vigilancia de la salud. Esta vigilancia se ha transformado y redefinido desde principios del siglo XX, con dos inflexiones importantes: en los años setenta y finales de los noventa (DE SETA e REIS 2010, pp.260-261).

La vigilancia tiene como objetivo promover y proteger la salud de la población. La Ley 8.080 de 1990 muestra que la vigilancia tiene la obligación de inspeccionar e intervenir para promover el bienestar de la población. El artículo 200 de la Constitución Federal de 1988 establece que la vigilancia de la salud está vinculada al Sistema Único de Salud - SUS (Constituição Federal, 1988).

Las acciones para estructurar la gestión de vigilancia están formadas por dos grupos de acuerdo con las necesidades regionales, de los municipios, los estados y el distrito federal, bajo la guía del "Elenco Norteador". El grupo uno contiene cinco acciones relacionadas con

el fortalecimiento de la gestión: "estructura legal", "estructura física y recursos materiales", "estructura administrativa y operativa", "Gestión de personas", "gestión de fortalecimiento" (Ministerio de Salud, 2010 p.37). La segunda etapa se compone de cinco áreas de intervención relacionadas con los riesgos para la salud: "productos, servicios de salud y de interés para la salud y el medio ambiente", "educación y comunicación en salud para la sociedad", "acciones integrales de salud", "acciones intersectoriales ", "Acciones de laboratorio de visados" (Ministerio de Salud, 2010, p.38).

Desde su creación, ha habido varios cambios en la vigilancia de la salud. Se insertaron actividades normativas y educativas y están vinculadas a la inspección, autorización, irregularidades, regulaciones (De Seta, et al., 2010). El concepto de vigilancia de la salud tiene un nuevo enfoque, este término incluye “la vigilancia de las enfermedades transmisibles; vigilancia de enfermedades y afecciones no transmisibles y sus factores de riesgo; vigilancia de salud ambiental; y la vigilancia de la situación de salud” (Silva, 2008, pp.36-37). Los estudios de Silva (2008) señalan que es necesario expandir el "sistema de sistema de salud institucionalizado" a otros sectores, formando asociaciones con grupos y entidades sociales. De esta manera, la vigilancia de la salud cubriría las necesidades de los grupos sociales más diversos.

El control de calidad de los productos y servicios cubiertos por la vigilancia de la salud, para que sea eficiente, requiere que la población sea consciente de la importancia de su participación activa en observaciones como la validez, el almacenamiento, entre otros, informando la vigilancia en caso de encontrar productos fuera de las fechas de vencimiento o en condiciones insalubres. La población tiene un papel importante en el control de estos factores. Sabemos que los profesionales del sector de vigilancia no son suficientes para controlar todos los establecimientos de un municipio. La vigilancia opera en varios sectores. “Estos ejemplos demuestran que una vigilancia puede y debe recurrir a la otra. La vigilancia de la salud a menudo utiliza vigilancia epidemiológica, ambiental o de salud de los trabajadores, o todos recurren a la salud. Sabemos que hay un conocimiento específico en todos ellos ... Pero, el tema central en este punto es la posibilidad de conflicto” (De Seta, et al., 2010, p.44).

Existen conflictos entre sectores, pero las articulaciones para inhibir estos conflictos ocurren no solo en el campo de la vigilancia, sino también con las unidades de asistencia. La vigilancia de la salud busca integrarse con los grupos sociales involucrados "consumidores, ciudadanos, profesionales y trabajadores de la salud". (De Seta, et al., 2010, p.45).

Los estudios de De Seta (2010) muestran que la vigilancia de la salud regula parte de la tecnología de la salud, los equipos dentales y de laboratorio, que están sujetos a las normas y estándares supervisados por la vigilancia de la salud. Aith (2009) habla de la necesidad de que el sistema de vigilancia pueda utilizar datos de cualquier fuente que pueda contribuir a las decisiones de los gerentes públicos. El sistema también debe recibir información estratégica con datos.

Datos demográficos, socioeconómicos y ambientales, con el objetivo de cuantificar a la población y generar información sobre sus condiciones de vida, como las características de su distribución, las condiciones sanitarias, climáticas, ecológicas, de vivienda y culturales de la población, entre otros; datos de morbilidad, obtenidos al informar casos, brotes y epidemias; datos de producción para servicios ambulatorios y hospitalarios, datos del servicio centinela, registros basados en la población, datos de investigación epidemiológica (Aith, 2009, p.116).

Todas las agencias que forman parte del SUS deben proporcionar información para contribuir a la gestión pública (Aith, 2009). Si el gerente puede aplicar la teoría, transformándola en práctica, es posible optimizar los resultados, pero la planificación para obtener resultados más efectivos tiene dificultades para funcionar. Una de las dificultades es la falta de capacitación y la proximidad a las singularidades de la realidad de los municipios en cada región, así como el monitoreo y la reestructuración de la planificación según la realidad. Recursos A nivel municipal, en algunos casos, no son suficientes para lograr la planificación en su totalidad, ni las demandas de los usuarios, en algunos casos las singularidades no se tienen en cuenta en la construcción de la planificación.

Servicio de atención primaria de salud

Health Care Network-RAS se compone de tres elementos, población, estructura operativa y modelo de atención médica. La población está organizada en áreas de salud, llamadas territorios bajo la responsabilidad de una unidad de salud específica. La estructura operativa consta de cinco elementos, "el centro de comunicación, APS, puntos de atención

de salud secundaria y terciaria, sistemas de apoyo (sistema de apoyo diagnóstico y terapéutico, sistema de asistencia farmacéutica y sistema de información de salud). Los sistemas logísticos (tarjeta de identificación de usuario, registros clínicos, acceso regulado a sistemas de salud y sistemas de transporte de salud) y el sistema de gobernanza” (Mendes, 2010, p.86). Estos elementos forman una importante red de comunicación para la organización de acciones organizativas estratégicas de la Red de Atención Médica. El modelo de atención de salud estructura las funciones y relaciones de la población con las actividades de la RAS (Mendes, 2010).

La Red de Atención de Salud - RAS, presenta un sistema de asistencia a la población medido en tres niveles, atención primaria de salud - APS, atención secundaria a la salud - ASS y atención de salud terciaria - ATS. La atención primaria de salud es el primer contacto que el paciente tiene con el sistema de salud y tiene siete atributos: primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación, enfoque en la familia, orientación comunitaria y competencia cultural. El primer contacto implica accesibilidad al sistema de salud. La longitudinalidad implica la relación de confianza entre el equipo médico, el paciente y los tratamientos de salud. La exhaustividad abarca una gama de servicios, incluida la rehabilitación y la prevención de enfermedades. La Coordinación garantiza la continuidad del tratamiento médico de acuerdo con las necesidades del paciente. Centrarse en la familia implica la interacción entre el equipo médico y el grupo familiar, así como el conocimiento de los problemas de salud de los grupos atendidos por la unidad de salud. La orientación comunitaria implica un análisis del contexto socioeconómico y cultural de las familias atendidas por la unidad de salud para integrarlas mejor en el sistema de salud. La competencia cultural consiste en tener en cuenta la cultura de la familia atendida, así como sus creencias. Un PHC para funcionar efectivamente necesita cumplir tres funciones: resolubilidad, comunicación, responsabilidad. (Mendes, 2010 p.97).

Atención secundaria de salud, se considera un servicio de mediana complejidad, incluye servicios hospitalarios, ambulatorios, servicios médicos especializados, diagnósticos y terapéuticos, de urgencia y emergencia. Está integrado en el sistema de atención primaria. Toda la información del paciente se almacena en el sistema; este proceso hace que el servicio sea efectivo. Este sistema difiere del centro de especialidades médicas, que no tienen

conexión con el usuario. En la especialidad médica, cada servicio puede ser realizado por diferentes profesionales de la misma especialidad, según el día y la demanda. Las consultas se programan con un especialista, pero el sistema no tiene un archivo con un historial del estado de salud del paciente (Mendes, 2010).

La atención terciaria tiene servicios altamente complejos, los procedimientos realizados por este sector requieren alta tecnología (los procedimientos son caros) y especialización. Incluye servicios oncológicos, oftalmológicos, cardíacos, de trasplante, obstétricos, ortopédicos, de neurocirugía, diálisis y otología de alto riesgo (tratamientos auditivos). La atención terciaria complementa los servicios de atención primaria de salud y tiene como objetivo mantener la salud estable del paciente.

La organización del cuidado de la salud por niveles, permite la optimización de los tratamientos del paciente. Cada nivel ofrece servicios y tecnología de acuerdo con su clasificación de complejidad (baja, media y alta); los sistemas están integrados y tienen como objetivo ofrecer tratamientos de calidad a los usuarios. (CONASS, 2015).

Hay muchos elementos que componen el SUS. El sistema está formado por elementos verticales y horizontales. Las verticales son tratamientos dirigidos a especialidades médicas, por ejemplo, una unidad de salud es responsable de tratar una determinada enfermedad, como el cáncer, otra unidad es responsable de tratar enfermedades solo enfermedades respiratorias, etc. Los tratamientos horizontales están destinados a tratar todas las enfermedades. La administración tiene un nivel, municipal, estatal y federal, esto implica un proceso de evaluación que tiene como objetivo verificar si la planificación anual fue efectiva, si es negativa, se evalúan los errores y se planifican otras acciones. A pesar de tener toda esta complejidad, el sistema tiene fallas.

Los estudios de Lang y Lombrail muestran que la falta de inversión en el sistema de salud puede afectar los tratamientos de salud básicos y complementarios. La dificultad o desigualdad de los tratamientos de salud se inserta en el contexto del sistema mismo, que no está preparado para servir a la población. En algunas unidades, no hay una estructura física, las habitaciones están desguazadas, el equipo está viejo y desactualizado, no hay suficiente personal y / o médicos para atender a la población (Lang y Lombrail, 2014). La situación del sistema público de salud brasileño es similar a la situación descrita por Lang y Lombrail,

pues en algunas regiones, hay una falta de estructura física y de personal para atender a los usuarios; tales condiciones son partes clave para comprender la desigualdad en salud, cómo ocurre y cómo dura.

Consideraciones finales

La estructura del SUS es compleja. En este artículo no fue posible describir todos sus aspectos. Hay varios niveles de gestión distribuidos en: municipal, estatal y de la Unión. Cada uno de estos niveles contiene subniveles (los municipios tienen varias unidades distribuidas en los barrios). Todas estas unidades tienen en su gestión un sistema anual de evaluación, presupuesto, planificación y ejecución.

A pesar de toda esta estructura, el sistema de salud pública no puede absorber todos los tratamientos necesarios para proporcionar una buena salud a toda la población brasileña. Los recursos para tratamientos de salud deben llegar de manera equitativa en todas las regiones de Brasil, pero no llegan de manera justa. Todas las regiones de Brasil están afectadas, pero la región noreste es la que más sufre de esta desigualdad de recursos, ya que carece de estructura física y humana para los tratamientos. Los planes de salud privados disponibles en el mercado no cubren grupos de bajos ingresos. Para remediar esta brecha en el SUS, algunos usuarios recurren a otras fuentes de tratamientos de salud, como la automedicación o el consejo de personas no especializadas para curar enfermedades leves.

Aunque existen problemas estructurales en el SUS, este modelo de salud pública alivia la desigualdad en el acceso a la atención médica para la población, especialmente aquellos que reciben salarios bajos o que dependen exclusivamente de la salud pública. Desde el año 2000 hasta la actualidad, el SUS ha logrado varios avances, equipos modernos, expansión de tratamientos, una mayor cobertura para las ciudades en el interior, así como en el campo. SUS es un proyecto innovador para tratamientos de salud para brasileños, pero aún necesita más inversión e inspección para que los recursos alcancen su totalidad en las tres esferas de gestión: Unión, Estados y Municipios. La participación, inspección y quejas de la población son importantes para la efectividad de este sistema. En el caso de la vigilancia de la salud, la organización es responsabilidad de los gerentes, pero los profesionales del sector de vigilancia no son suficientes para controlar todos los problemas de salud. La población tiene

un papel importante en la participación activa de las observaciones de salud, como la validez del producto o el almacenamiento, entre otros.

Uno de los vehículos para acercar a la población al sistema de vigilancia de la salud, así como a otros sectores del SUS, es el consejo de salud. Estos espacios son actualmente uno de los principales medios de acción, inspección y asistencia en la implementación de políticas de salud pública. De esta manera, la población contribuye a garantizar la salud como un derecho de todos y un deber del Estado.

Referencias bibliográficas

Bibliografía

Aith, F., y Dallari, S. G. (2009). Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. *Revista de Direito Sanitário*.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011). *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília, Brasil: CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2011-4). *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília, Brasil: CONASS.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, Brasil: CONASS.

Constituição Federal de Brasil [Const.]. (1988). Recuperado de http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_constituicao_federal.pdf

De Seta, M. H., Reis, L. G., y Delamarque, E. V. (2010). *Gestão da vigilância à saúde*. Brasília, Brasil: CAPES, Departamento de Ciências da Administração, UFSC, UAB.

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. (1990). Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Dusi, C., y Sayuri, C. O. (2017). *Os efeitos da gestão para resultados na educação: uma análise das políticas públicas educacionais de sete estados brasileiros*. [Documento

Web]. Recuperado de http://www.cis.pucrio.br/assets/pdf/PDF_CIS_1500997897_Cristina_Sayuri_C%C3%B4rtes_Ouchi_Dusi_-_2017.pdf

Foucault, M., y Machado, R. (1979). *Microfísica do poder*. Brasil: Graal.

Gonçalves, M. A. (2014). *Organização e funcionamento do SUS*. Florianópolis, Brasil: Departamento de Ciências da Administração, UFSC, CAPES, UAB.

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2297-2305.

Ministério da Saúde (2016). *Manual de planejamento no SUS*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde, Brasil. (2010). *Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Silva, L. A. (2010). A vigilância permanente da saúde e o método epidemiológico. *Rev. Saúde pública*, 1(1). Recuperado de https://ead.ufjf.br/pluginfile.php/1028327/mod_resource/content/0/vigilancia_saude_epidemiologia.pdf

Tanaka, O. Y., y Oliveira, V. E. de (2007) *Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS*. [Artículo Web]. Recuperado de [SciELO-Scientific ElectronicLibraryOnline](#).