

REVISIÓN

Critical Analysis of Health Indicators in Primary Health Care: A Brazilian Perspective

Análisis Crítico de los Indicadores de Salud en la Atención Primaria: Una Mirada desde Brasil

Igor Barroso Moraes¹  

¹Universidade de São Paulo, São Paulo - SP, Brasil.

Citar como: Barroso Moraes I. Critical Analysis of Health Indicators in Primary Health Care: A Brazilian Perspective. AG Salud. 2023;1:28. <https://doi.org/10.62486/agsalud202328>

Enviado: 21-05-2023

Revisado: 13-07-2023

Aceptado: 16-09-2023

Publicado: 17-09-2023

Editor: Prof. Dr. Javier Gonzalez-Argote 

ABSTRACT

This paper examines the importance of health indicators in the context of primary care, considering the evolution from the Declaration of Alma-Ata to the present, with a particular focus on the Unified Health System (SUS) in Brazil. The need for an intersectoral perspective in health management is highlighted, recognizing that health problems go beyond the mere treatment of diseases. It discusses how primary health care (PHC) acts as the first point of contact with the health system, emphasizing the importance of comprehensive and person-centered care. In addition, the challenges and advances in the implementation of public health indicators in the context of SUS are examined, highlighting the need for effective management and continuous evaluation of system performance. Obstacles related to decentralization and regionalization of health services are discussed, as well as the importance of community participation and empowerment in health promotion. In this regard, the relevance of close collaboration between academia and administration to develop effective strategies to improve the quality of health services is emphasized. This analysis underlines the importance of health indicators as fundamental tools to guide public policies, evaluate system performance, and guarantee equitable and universal access to quality health services.

Keywords: Health Indicators; Primary Health Care; Unified Health System; Health Management; Brazil.

RESUMEN

Este artículo examina la importancia de los indicadores de salud en el contexto de la atención primaria, considerando la evolución desde la Declaración de Alma-Ata hasta la actualidad, con un enfoque particular en el Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. Se destaca la necesidad de una perspectiva intersectorial en la gestión de la salud, reconociendo que los problemas de salud van más allá del mero tratamiento de enfermedades. Se analiza cómo la atención primaria de salud (APS) actúa como el primer punto de contacto con el sistema sanitario, subrayando la importancia de una atención integral y centrada en la persona. Además, se examinan los desafíos y avances en la implementación de indicadores de salud pública en el contexto del SUS, destacando la necesidad de una gestión efectiva y una evaluación continua del desempeño del sistema. Se discuten los obstáculos relacionados con la descentralización y la regionalización de los servicios de salud, así como la importancia de la participación comunitaria y el empoderamiento en la promoción de la salud. En este sentido, se enfatiza la relevancia de una estrecha colaboración entre el ámbito académico y la administración para desarrollar estrategias efectivas que mejoren la calidad de los servicios de salud. Este análisis subraya la importancia de los indicadores de salud como herramientas fundamentales para orientar políticas públicas, evaluar el desempeño del sistema y garantizar un acceso equitativo y universal a los servicios de salud de calidad.

Palabras Clave: Indicadores de Salud; Atención Primaria de Salud; Sistema Único de Salud; Gestión de la Salud; Brasil.

INTRODUCCIÓN

La salud y el acceso a los servicios relacionados constituyen un derecho humano y, como tal, una preocupación de la sociedad que debe ser asumida desde una perspectiva intersectorial. En este sentido, los problemas de salud involucran soluciones más amplias que el control y/o curación de enfermedades.⁽¹⁾

Los servicios de salud pública de las administraciones públicas cubren un espectro de actividades amplio y algo heterogéneo. Con la definición explícita de un catálogo o de carteras de servicios de salud pública se avanza en su formalización y visibilidad. Para un buen seguimiento de su desempeño se precisa disponer de indicadores apropiados, como es habitual en los servicios asistenciales.⁽²⁾

La atención primaria de salud (APS) es, para la mayoría de las personas, el primer punto de contacto con el sistema sanitario, normalmente a través de un médico de familia. Es el lugar donde se resuelven los problemas de salud a corto plazo, donde se gestionan la mayoría de las afecciones crónicas, donde se llevan a cabo esfuerzos de promoción y educación sanitaria y donde se conecta a los pacientes que necesitan servicios más especializados.⁽³⁾

Un sistema de APS sólido se caracteriza por una atención integral, accesible y centrada en la persona, prestada y coordinada eficazmente por un equipo interdisciplinario en todo el sector sanitario, utilizando una tecnología eficiente y anclada en los principios de continuidad de la atención.⁽³⁾

DESARROLLO

El contexto de la salud ha cambiado considerablemente desde 1978, a veces de forma no prevista en la conferencia de Alma-Ata. Debido en parte a los éxitos de la estrategia de atención primaria de salud, la mortalidad materna e infantil ha descendido de forma espectacular en todo el mundo, con una reducción de la carga relativa de enfermedades contagiosas.⁽⁴⁾

En 2018, la comunidad sanitaria mundial se reunió en Astana (Kazajistán) para celebrar el 40º aniversario de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978 y la consiguiente Declaración de Alma-Ata.

La Declaración ha influido en una generación de trabajadores de la salud pública hacia la salud para todos a través de la estrategia de la atención primaria. Entre los principales principios de la Declaración se encuentran los siguientes: la salud como derecho humano; que las comunidades tomen decisiones que influyan en su salud; que la atención sanitaria esté cerca del lugar donde vive la gente; y que se coordinen los esfuerzos de toda la sociedad para crear salud, incluyendo acuerdos sociales y económicos más justos.⁽⁵⁾

La Declaración también destacó la importancia de los servicios de atención primaria. La atención primaria es el primer punto de contacto de una persona cuando busca atención sanitaria, involucrando a su familia y al contexto de la comunidad, tratando la mayoría de los problemas y actuando como punto de apoyo del sistema sanitario, derivando a los pacientes a otros servicios cuando es necesario. Ninguno de estos principios ha perdido su relevancia con el paso del tiempo.⁽⁵⁾

La influencia y el estatus canónico de la Declaración de Alma-Ata en la salud pública no tienen parangón con casi ningún otro texto, y ciertamente en comparación con las numerosas declaraciones, comunicados y resoluciones emitidas cada año por la comunidad sanitaria mundial.⁽⁵⁾

En un intento de responder a este nuevo contexto, la Declaración de Astana volvió a comprometerse con los principios de la Declaración de Alma-Ata. En el documento de visión que la acompañaba, se describían tres componentes de la atención primaria de salud: (i) la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública como núcleo de los servicios sanitarios integrados; (ii) el empoderamiento de las personas y las comunidades; y (iii) la política y la acción multisectoriales.⁽⁶⁾

De este modo, la Declaración de Astana pretende aclarar el equívoco existente en la Declaración de Alma-Ata entre la visión política de la atención primaria de salud (la realización del derecho a la salud para lograr la salud para todos) y el enfoque de aplicación de la atención primaria de salud (que comprende la atención primaria y la participación de la comunidad). La visión política de la atención primaria de salud se considera todavía pertinente e incluso esencial para lograr los nuevos conceptos de la cobertura de salud universal (CSU) y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Aunque la mayor parte de la aplicación de la atención primaria de salud se ha llevado a cabo a través de la atención primaria, todavía existe la creencia de que la atención primaria de salud puede ser un vehículo más amplio para instituir acciones en toda la sociedad para lograr los ODS.^(7,8)

Los servicios y sistemas sanitarios están cada vez más sometidos a examen, y la atención primaria de salud no es una excepción. Este escrutinio se basa a menudo en medidas resumidas del sistema para indicar el "rendimiento". Por ello, cada vez es más frecuente la cultura de la gestión a través de la medición, y el interés por el desarrollo y el uso de indicadores para orientar y apoyar la práctica de la salud pública es cada vez mayor. Como decía Deming, "lo que se mide se hace".⁽⁹⁾

Las entrevistas con informantes clave, los acuerdos y otra literatura indican que los Sistemas de Medición del Desempeño (SMD) de la APS, en general, se basan predominantemente en el recuento del volumen de servicios,

centrados en un pequeño conjunto de problemas en la APS y en factores que pueden ser medidos. La falta de enfoque en las medidas que pueden ser necesarias para evaluar el desempeño del sistema de APS dificulta el discernimiento de si se están cumpliendo las metas y los objetivos previstos de prestación de servicios de APS y la determinación de oportunidades para hacer de la APS un sistema más fuerte.⁽³⁾

Según la Constitución Federal de 1988, en Brasil, la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado por políticas sociales y económicas dirigidas a reducir el riesgo de enfermedades y otras lesiones, y con ello, con acciones y servicios de igual acceso universal para su promoción, protección y recuperación de la salud.⁽¹⁰⁾

Partiendo de la premisa de que el SUS es un sistema de protección y derecho a la salud pública, pero también que este derecho está garantizado en su estructura institucional, y en la toma de decisiones en sus espacios de poder, utilizado como instrumento para democratizar y compartir la gestión del sistema de salud.⁽²⁾ Por lo tanto, este trabajo valorará la regionalización del SUS, la descentralización, la municipalización de los servicios de salud en Brasil, y considerará la salud pública brasileña de una manera democrática y humanizada como dirección.⁽¹¹⁾

Desde la redemocratización y constitución de Brasil en 1988, el surgimiento del Sistema Único de Salud (SUS) se ha convertido en una de las políticas públicas más importantes de las últimas tres décadas, para garantizar el derecho universal e integral y el cuidado de la salud de todos los ciudadanos brasileños y extranjeros en Brasil. De acuerdo con la Constitución, es deber de la Unión, los Estados y los municipios garantizar una financiación adecuada para el mantenimiento y las inversiones en salud en todas estas esferas. Sin embargo, en un país lleno de necesidades y con dimensiones continentales como Brasil, consolidar un sistema que afecta directamente la vida de millones de personas no es la tarea más fácil para los gerentes y la población en general.⁽¹²⁾

Promovido por la Constitución Ciudadana y apoyado por otras leyes en la década de 1990, el Sistema Único de Salud (SUS) tiene su legalidad basada en principios doctrinales y organizativos bien definidos. Los principios doctrinales incluyen: universalidad, equidad e integridad. Además, la jerarquía, la regionalización, la participación popular, la descentralización, la resolución y la complementariedad se clasifican como principios organizativos.⁽¹³⁾

Por lo tanto, con base en sus principios y lineamientos, el SUS garantiza legalmente la universalidad para descentralizar el alcance de la atención de salud y la participación popular que desempeña su papel de control social. En esta perspectiva, destacaremos en este estudio la descentralización que es la redistribución de responsabilidades con respecto a las acciones y servicios de salud, entendiendo la lógica de que los problemas se pueden resolver en una comunidad, en su territorio, pero respetando la regionalización y jerarquía de los servicios, sin embargo, con el declive de la gestión de la municipalización.⁽¹³⁾

Es importante destacar que la rendición de cuentas de las esferas federativas (Unión, Estados y Municipios) trató de traer más autonomía y descentralización de la atención. Sin embargo, esta organización se ha vuelto compleja porque las entidades no tienen una relación jerárquica entre sí. Los municipios que deberían ser agentes de implementación de los servicios de salud se han convertido en actores principales de este sistema. En lugar de que las entidades se diferencien en términos de responsabilidades, no hay descentralización a nivel municipal, sobrecargando el presupuesto de estos municipios. La disposición del territorio brasileño dificulta esta lógica, ya que tenemos dimensiones continentales, y que tiene en su mayoría municipios pequeños, casi el 80 % de las ciudades brasileñas tienen menos de 30 000 habitantes. Sumado a los municipios de hasta 100 000 habitantes, tenemos entonces el 45 % de la población brasileña viviendo en pequeñas ciudades. Para agravar la situación, solo el 25 % de los médicos del país estaban en estos municipios. Estos pequeños municipios, en su mayor parte, dependen casi exclusivamente de las transferencias del Gobierno Federal.⁽¹⁴⁾

En este contexto, dentro de su marco administrativo, actualmente existe la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), cuyo enfoque es el fortalecimiento de la atención básica o primaria que es responsable del 85 % de las respuestas positivas en las administraciones municipales y consagrada como el pilar preventivo y administrativo para apoyar todas las demás estrategias del Ministerio de Salud. Sin embargo, existe una complejidad con las dificultades regionales y mucha fragmentación de las políticas y programas de salud que se topan con la calificación de la gestión en su organización. Otro gran desafío es la organización efectiva de una red regionalizada que, lamentablemente, aún impide la consolidación definitiva del SUS.^(15,16)

La creciente demanda de información para promover el desarrollo y/o seguimiento de políticas públicas, desde las más distintas áreas y campos de producción de conocimiento, es un factor que ha sido oportunidad para utilizar las estrategias de los gestores de salud. Sin embargo, la producción de conocimiento restringida a la dimensión conceptual de los observatorios de salud todavía parece ser incipiente. Destacar los problemas de salud; mirar al futuro y advertir sobre posibles problemas de salud pública; recopilar información de diferentes fuentes sobre nuevas formas de mejorar la salud; monitorear las tendencias en salud y lesiones, destacando las áreas de acción; identificar las brechas de información de salud; guía sobre métodos de evaluación, impacto en la salud; evaluar el progreso de las instituciones y agencias locales en la mejora de las condiciones de salud y la reducción de la inequidad.⁽¹⁷⁾

También es importante destacar el pionero europeo en el desarrollo de la cultura de uso de indicadores en el ámbito sanitario, evidenciado por el importante número de estudios, cuyos argumentos y objetivos comunes guían su uso: monitorizar el perfil de los sistemas sanitarios, realizando comparaciones entre ciudades con problemas similares; promover el acceso a las publicaciones de atención sanitaria, difundiendo información sobre los datos hospitalarios y su interfaz con la atención primaria y evitando la duplicación de esfuerzos y recursos. Este enfoque también sustenta estudios que proponen la base de modelos de uso global.⁽¹⁷⁾

La mayoría de los estudios que refieren a indicadores de salud pública proporcionan información creíble para monitorear las políticas de salud, la planificación estratégica y la toma de decisiones basadas en la evidencia.⁽¹³⁾ Vale la pena enfatizar la tendencia a mejorar la capacidad de la fuerza laboral de investigación en salud, facilitar la gestión de datos y la disponibilidad de información, así como funcionar como un repositorio virtual de información o, incluso, la organización en red. Algunos de los estudios más recientes centrados en el análisis de los experimentos de los observatorios destacan el poder del trabajo en red, favoreciendo el intercambio de experiencias y la rápida difusión de métodos y resultados. La comunicación en red está revitalizando la democracia al comprender que las bases de las relaciones interpersonales que estructuran la sociedad humana cambiarán a partir de la articulación de la sociedad en las redes digitales. Así, los nuevos procesos interactivos estimulan el vínculo que proporciona el trabajo en red, favoreciendo también el diálogo y la cooperación entre investigadores, motivando así el aprendizaje del oficio de investigación en salud pública.⁽¹⁷⁾

Según la OPS (Organización Panamericana de la Salud), el análisis de los indicadores de salud refleja la importancia que se le da al uso de la información y evidencia disponible para orientar el desarrollo de políticas y planes efectivos en salud pública, beneficiando a las poblaciones en cuanto al acceso universal a servicios de salud de buena calidad y la satisfacción de sus necesidades básicas.⁽¹⁸⁾

Aunque los indicadores son un componente importante en el análisis y la observación de la salud pública, parecen tener el potencial de acciones proactivas y contribuciones a la formulación de políticas. Así, además de entender el fenómeno como algo pasivo, es necesario buscar la dinámica de su construcción y el desarrollo de sus principales características.

Justificación

La mayoría de los ámbitos políticos cuentan con indicadores, especialmente en el ámbito de la salud pública. Lo ideal sería que el desarrollo y la construcción de indicadores siguieran un proceso riguroso y científico, pero a menudo existen limitaciones políticas y de otro tipo.⁽¹⁹⁾

Villalbí plantea que con el tiempo se ha constatado que algunos indicadores no reflejaban realmente el esfuerzo implicado en las distintas líneas de actividad. Lo que provoca incertidumbre en profesionales como a directivos, que creían que algunas líneas de trabajo eran poco visibles y que ciertos indicadores cuantitativos no reflejaban en realidad nada relevante.⁽²⁾

En el contexto europeo, el desarrollo de un plan de mejora de la calidad inspirado en el modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM) llevó a constatar que la mayoría de los indicadores de actividad reflejaban cargas de trabajo, pero que la información sobre cobertura, calidad o resultados de la actividad solía quedar restringida en el seno del servicio implicado, sin llegar sistemáticamente a la dirección.⁽²⁾

Para impulsar la agenda política (mejorar el acceso, la calidad, la equidad y la integración del sistema), los procesos de elaboración y aplicación de políticas han abordado las lagunas en materia de rendición de cuentas mediante la inclusión de requisitos de medición de resultados en los acuerdos contractuales, la participación de los actores del subsistema político y la aprobación de una normativa para facilitar la participación del sector de la APS con otras partes del sistema sanitario más amplio.⁽³⁾

Resulta en este sentido fundamental analizar los indicadores de salud en el contexto de la atención primaria, que permitan un uso más eficiente de los recursos asignados a los servicios de salud y que, por ende, direccionan las estrategias en el ámbito financiero, asistencial y de recurso humano que se implementan posteriormente.

El uso de indicadores en salud pública es fundamental, porque contiene información relevante sobre los escenarios, contribuye a la creación de nuevas políticas públicas y al ajuste de prioridades, son herramientas para el seguimiento y evaluación de los servicios e intervenciones de salud y, más que nunca, sus resultados subsidian la contribución financiera para el mantenimiento de las áreas de salud de atención primaria de salud. La calificación del proceso, desde la recolección de los datos hasta los informes finales es indispensable, porque la confianza en el indicador está relacionada con la seguridad de que la información obtenida refleja una realidad y no una mera percepción sin fundamento.⁽²⁰⁾

En las bases de información de los indicadores de salud pública es posible desarrollar iniciativas en el ámbito académico y de la gestión de los servicios de salud con el fin de proporcionar insumos para la expansión y fortalecimiento de iniciativas dirigidas a mejorar el desempeño del sistema y servicios de salud. Identificar avances y brechas ayuda a delimitar estrategias, incluida la necesidad de información de calidad.⁽²⁰⁾

Es importante destacar que en comparación con el contexto internacional y considerando los desafíos que enfrenta la magnitud del SUS y el ámbito geográfico brasileño, se necesitan esfuerzos para crear herramientas

de monitoreo del desempeño, que, además, deberían priorizar menos indicadores intermedios e indirectos de gestión y favorecer los resultados de la atención prestada.⁽²¹⁾

Sin embargo, esto no es suficiente; es fundamental actuar sobre los problemas identificados, contribuyendo a romper con la información producida y los pactos firmados con el carácter 'notarial', facilitándolos de manera útil para la toma de decisiones, porque los resultados de la propia evaluación del desempeño o la mejora en el valor de los indicadores de salud muchas veces no han cumplido con este precepto evaluativo de utilidad. Ciertamente, esto requiere recursos e información, pero también una asociación más estrecha entre el mundo académico y la administración. Por lo tanto, las estrategias analíticas a más largo plazo y más sólidas permitirían la toma de decisiones informadas y la acción sobre algunos puntos críticos para proporcionar una atención efectiva, segura, adecuada, centrada en el paciente, equitativa e igualmente eficiente en el uso de los recursos.⁽²¹⁾

El desarrollo de esta investigación busca estimular la construcción de conocimiento y fomentar el desarrollo de estrategias efectivas que abarquen al ser humano en su individualidad, colectividad e integralidad. Pretendiendo colaborar para mejorar la calidad asistencial.

El resultado de esta investigación es apoyar el trabajo de gerentes de entidades subnacionales, superintendentes, directores, profesionales entregados a las unidades básicas de salud y gerentes de la UBS que son responsables de la toma de decisiones locales, y que se enfrentan a la mayor demanda de servicios, ante la creciente disminución de los recursos financieros disponibles en salud, por lo tanto, la planificación es esencial para que esta gestión aporte más eficacia y eficiencia, lo que resulta en una mejor calidad en los servicios de salud.

Salud pública brasileña: el camino es la humanización con calidad en la atención

El Sistema de Salud Pública Brasileño fue el resultado de décadas de luchas de un movimiento llamado Movimiento de Reforma de la Salud. Fue establecido por la Constitución Federal (CF) de 1988 y consolidado por la Ley Federal n° 8 080 y 8 142.^(22,23)

Este Sistema se denominó Sistema Único de Salud (SUS). Algunas características de este sistema de salud, empezando por las más esenciales, se refieren a la colocación constitucional de que la Salud es el derecho del ciudadano y el deber del Estado.⁽²⁴⁾

La relevancia pública dada a la salud declarada en la CF tiene el significado de la prominencia y prominencia de la salud entre muchas otras áreas y sectores. Cabe destacar que tanto la salud pública como la privada se consideraron de relevancia pública. Los juristas entienden en esta relevancia pública una limitación a la simple comprensión de que la salud es simplemente un bien de mercado. Los servicios privados de salud, además de ser de relevancia pública, están subordinados a la regulación, supervisión y control del SUS. Esto incluye tanto el lucrativo sistema privado ejercido por personas físicas o jurídicas o personas jurídicas, proveedores o propietarios de planes, seguros, cooperativas y autogestión, como el sistema privado sin ánimo de lucro, filantrópico o no. Se incluyen: hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios bioquímicos, de imagen y otros, de todas las profesiones de la salud y con todas las acciones de salud.⁽²⁴⁾

La población brasileña está creciendo y envejeciendo. Desde el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), es importante incluir políticas de protección social en diferentes modalidades de atención, de carácter individual y colectivo. El cuidado del individuo o la familia puede expresarse de diferentes maneras y modalidades, esto facilita y amplía las posibilidades de identificar sus preguntas y potencialidades.⁽²⁵⁾

Ministerio de Salud (2013) destacó que la identificación de factores de riesgo para enfermedades en estadio temprano y la derivación ágil y adecuada a la atención especializada otorgan a la Atención Primaria un carácter esencial para un mejor resultado terapéutico y pronóstico de los casos de salud pública.⁽²⁶⁾

La acción preventiva y el control en salud pública es un proceso sistemático, continuo y permanente que tiene como objetivo la formación y el desarrollo de la conciencia crítica, estimulando la búsqueda de soluciones colectivas para los riesgos para la salud y el tratamiento correcto.⁽²⁷⁾

El rasguño puede entenderse como la probabilidad de ocurrencia de un evento capaz de generar daño o perjuicio, daños que pueden cubrir lesiones físicas, pérdidas materiales y humanas y pérdida de tiempo útil. Según el autor, los factores que determinan el riesgo se relacionan con el tipo de agente generador y la potencialidad de exposición al mismo, y las medidas preventivas que se pueden adoptar son la identificación del agente, evaluación y control de la presencia de este en el entorno laboral.⁽²⁸⁾

Es evidente que en las prácticas clínicas en los servicios públicos de salud una crítica insistente sobre los límites y posibilidades del proceso salud/enfermedad/cuidado. Algunas preocupaciones se dirigen a la calidad humana del trabajo clínico, a los modos de expresión y, en particular, a las circunstancias en las que se configuran los obstáculos y avances relacionados con una práctica terapéutica humanizada. Debido a un número creciente de alertas sobre la deshumanización de los servicios de salud pública, que ha sido dada por especialistas, pacientes y profesionales médicos, esta pregunta ha demostrado ser relevante.⁽²⁹⁾

El PNH (Política Nacional de Humanización) creado por el Ministerio de Salud en 2003, requiere una acción

continua, articulando gerentes, servidores y usuarios, para tener una transformación de las prácticas de salud.⁽³⁰⁾ Humanizar el cuidado es garantizar la dignidad ética y depende de nuestra capacidad de hablar y escuchar, porque las cosas del mundo solo se vuelven humanas cuando pasan por el diálogo con nuestros semejantes. Es necesario estar atentos a los procesos de trabajo que intervienen en el desarrollo de las actividades y en las relaciones sociales en las que se desarrollan. Es necesario diseñar un conjunto de estrategias para abordar los problemas que se están identificando.⁽³¹⁾

Estos procesos deben ser continuos y permanentes, con el objetivo de posibilitar cambios, reordenar prácticas, identificar potencialidades y debilidades. Para generar un cambio efectivo, debe ser participativo. Debe incluir indicadores objetivos y subjetivos, que permitan un análisis más global y contextualizado de los servicios prestados, a través de un modelo de competencias, incorporados a los conocimientos teóricos o a las matrices de determinados lenguajes científicos y técnicos que conduzcan a la autonomía, el espíritu crítico, la creatividad, la humanización y la participación de los usuarios.⁽³²⁾

La Política Nacional de Humanización (PNH)⁽³¹⁾ tiene como preocupación metodológica: ¿cómo hacer, qué caminos seguir, qué vías recorrer para inmiscuirse en los problemas y retos que plantea el trabajo diario en la sanidad para garantizar la eficacia de los principios y directrices del SUS propugnados en su base legal? ¿Cómo intervenir en determinadas formas de concebir, organizar y llevar a cabo los procesos de trabajo sanitario (modos de gestión jerárquicos y autoritarios; formas de comunicación verticalizadas; relaciones laborales precarias; tratamientos invasivos e irrespetuosos; procedimientos que excluyen a las personas de sus redes sociales y familiares; acciones "terapéuticas" que se centran en la enfermedad y su extirpación, sin tener en cuenta al sujeto, sus condiciones, necesidades y proyectos de vida, su red de relaciones sociales, su futuro; desguace de los servicios de salud; falta recurrente de insumos importantes para la realización de las acciones; degradación de los ambientes de trabajo; acceso organizado a través de largas colas de espera; articulación precaria entre los servicios de salud y entre éstos y otros sectores como la asistencia social, la educación. ...), modos entendidos como "deshumanizantes", ya que son incompatibles con el derecho a la salud de todas y todos los brasileños y con la garantía del acceso universal y equitativo a las acciones de salud integral? ¿Cómo componer las vías para la operacionalización de las acciones integrales? ¿Cómo intervenir, analizar, producir cambios en los procesos de trabajo, calificar la atención y la gestión en el SUS? El PHN ha apostado, compuesto y articulado estrategias, promoviendo y agenciando experiencias de apoyo en el SUS.⁽³³⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huerta-Riveros PC, Paúl-Espinoza IR, Leyton-Pavez CE. Impacto de indicadores de gestión en salud sobre estrategias de un servicio de salud público. *Rev salud pública* 2012;14:248-59. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000200006>.
2. Villalbí JR, Casas C, Bartoll X, Artazcoz L, Ballestín M, Borrell C, et al. Indicadores para la gestión de los servicios de salud pública. *Gaceta Sanitaria* 2010;24:378-84.
3. Mukhi S, Barnsley J, Deber RB. Accountability and Primary Healthcare. *Healthc Policy* 2014;10:90-8.
4. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1659-724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8).
5. Rasanathan K, Evans TG. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19. *Bull World Health Organ* 2020;98:801-8. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.252932>.
6. World Health Organization. Declaration of Astana. Geneva: WHO Press; 2018.
7. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet* 2018;392:1461-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31829-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4).
8. Sanders D, Nandi S, Labonté R, Vance C, Damme WV. From primary health care to universal health coverage—one step forward and two steps back. *The Lancet* 2019;394:619-21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31831-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8).
9. Flowers J, Hall P, Pencheon D. Mini-symposium – Public Health Observatories: Public health indicators. *Public Health* 2005;119:239-45. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.01.003>.

10. Fleury S. Salud y democracia en Brasil. Valor público y capital institucional en el sistema único de salud. *Salud Colectiva* 2007;3:147-57. <https://doi.org/10.18294/sc.2007.134>.

11. Montekio VB, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. *Salud Pública de México* 2011;53:120-31.

12. CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006.

13. Oliveira RG de, Grabois V, Mendes Júnior WV. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2009.

14. Miranda GMD, Mendes A da CG, Silva ALA da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. *Saude soc* 2017;26:329-35. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168321>.

15. Antonucci L, Loreto M das D de, Bifano A, Miranda E, Procópio D. Estrategia de Salud de la Familia en Brasil: un análisis de su aplicabilidad. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales* 2017:125-39. <https://doi.org/10.17141/iconos.57.2017.1462>.

16. Rain C, Rada G. Are statins beneficial for chronic heart failure? First update. *Medwave* 2017;17:e6853. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.6853>.

17. Paim MC, Santos MLR. Estado da arte dos observatórios em saúde: narrativas sobre análises de políticas e sistemas. *Saúde debate* 2018;42:361-76. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s225>.

18. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2013;12:96-112.

19. Kaltenthaler E, Maheswaran R, Beverley C. Population-based health indexes: a systematic review. *Health Policy* 2004;68:245-55. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2003.10.005>.

20. de Almeida GM, Matos PBL, da Silva LO, Arantes DC, de Nazaré Lopes AL, Souza RNL, et al. Influência do monitoramento de indicadores e informações de saúde bucal no desempenho das equipes de saúde bucal em estado Amazônico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 2020:e3513-e3513. <https://doi.org/10.25248/reas.e3513.2020>.

21. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde debate* 2017;41:118-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s10>.

22. Presidência da República. LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm (accedido 16 de octubre de 2022).

23. Presidência da República. LEI No 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm (accedido 16 de octubre de 2022).

24. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud av* 2013;27:7-26. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

25. Cavalcante AN, Pontes RJS, Neto PGC. O assistente social e a Estratégia Saúde da Família: inserção e atuação. *ANAIS DO CBMFC* 2013:1519.

26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA. *Cadernos de Atenção Básica* 2013;1.

27. Fishwick D, Barber C, Walker S, Scott A. Asma no trabalho: discussão de caso e revisão das evidências atuais. *Prim Care Respir J* 2013;22:244-8.

28. Silva FF da. Análise de riscos dos trabalhadores da coleta de resíduos sólidos domiciliares do município de Curitiba - PR. Tesis de Especialidad. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2014.

29. Andrade JT, Holanda VMS, Gondim APS. Em busca do humano: avaliação do Humaniza SUS em ações municipais de saúde em Fortaleza. Relatório Final Observatório de Recursos Humanos em Saúde-CETREDE/UFC 2007.

30. Pasche DF, Passos E, Hennington ÉA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. Ciênc saúde coletiva 2011;16:4541-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>.

31. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. Rev Bras Enferm 2013;66:123-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100019>.

32. Pasche DF, Passos E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina 2008;1:92-100.

33. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. Hist cienc saude-Manguinhos 2020;27:485-502. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>.

FINANCIACIÓN

No existe financiación para el presente trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Igor Barroso Moraes.

Investigación: Igor Barroso Moraes.

Metodología: Igor Barroso Moraes.

Administración del proyecto: Igor Barroso Moraes.

Redacción-borrador original: Igor Barroso Moraes.

Redacción-revisión y edición: Igor Barroso Moraes.