

SIG·Obesidad NutriSSAN



GRUPO DE INTERESSE
ESPECIAL OBESIDADE

Rede Latino-Americana de Soberania e Segurança
Alimentar e Nutricional

FASCÍCULO 5

Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional da América Latina

Esta é uma produção coletiva apoiada pelo Ministério de Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações/Secretaria de Políticas e Programas de Investigação e Desenvolvimento/ Departamento de Políticas e Programas para a Inclusão Social/Rede Nacional de Investigação (MCTIC/SEPED/DEPIS/RNP), Brasil. Universidade Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Brasil. Universidade do Bío-Bío (UBB), Chile. Universidade Técnica Particular de Loja (UTPL), Equador.

Rede e linhas de atenção à obesidade na Argentina, Brasil, Colômbia e Equador: Atenção Primária à Saúde

Ana Lía González¹, Maria Rita Marques de Oliveira², Maria Eugenia Muñoz Galeano³, Yudi Paulina Garcia Ramírez³, Erika Castaño Moreno⁴, Luz Gladys Posada Jhonson⁵, Ruth Martínez Espinosa⁶, Angélica Arrobo Rodas⁶, Najla Oliveira de Cardozo¹.

¹ Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Nutrición – UNC – Argentina.

² Universidad Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Centro de Ciência y Tecnología en Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional UNESP/INTESSAN – Brasil.

³ Corporación Universitaria Remington, Facultad de Ciencias de la Salud-Colombia

⁴ Universidad de Antioquia, Escuela de Nutrición y Dietética-Colombia

⁵ Pesquisadora Independente

⁶ Universidad Técnica Particular de Loja – Ecuador

Email: maria-rita.oliveira@unesp.br

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa um papel central nas estratégias de prevenção e manejo da obesidade no mundo (1). Desde a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde (1978), a Declaração de Alma Ata e todas as suas declarações asseguradas, foram estabelecidas políticas de saúde para a APS. As estratégias da APS têm sido permeadas por preocupações com direitos humanos, justiça social e equidade em saúde, tendo em vista que saúde e desenvolvimento humano são indissociáveis. Nesse sentido, as ações da APS estão fortemente alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (2).

A obesidade por sua vez se apresenta como atual, sendo assim, torna-se uma importante discussão no campo das políticas de saúde de por que é preciso prevenir e quais devem ser os objetivos das políticas públicas. Nesta edição vamos discutir o papel da APS nas estratégias de cinco países da América Latina (Argentina, Brasil, Colômbia e Equador) para o enfrentamento da obesidade. Os serviços de APS têm sido desafiados a interagir com outros setores para a promoção de sistemas alimentares saudáveis para promover uma melhoria na disponibilidade e acesso a alimentos mais saudáveis e nutritivos. A promoção de melhores escolhas alimentares e outras práticas de saúde se apresentam como um dos pilares mais im-

portantes do cuidado individual, familiar, comunitário e da vocação da APS(3).

Por outro lado, as Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) surgiram como uma proposta inovadora de modelos de saúde, buscando melhorar a cobertura dos serviços, promover o acesso universal à atenção, oferecendo atenção intersetorial, integral e contínua. Nesse contexto, nos perguntamos a) até que ponto a APS desses países avançou nas ações de prevenção e manejo do excesso de peso no território, b) quais redes de serviços estão disponíveis para atendimento, c) em que medida, os serviços têm pautado suas ações nos determinantes sociais da saúde e conseguem atuar de forma participativa e intersetorial (4).

Serviços de Atenção Primária à Saúde como organizadores de ações de cuidado

É necessário reafirmar que a APS é uma atenção essencial à saúde acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade por meios aceitáveis para eles, com sua plena participação e a um custo acessível para a comunidade e para o país. Deve-se entender que a APS deve ser acessível a toda a população de forma integral: 1) promoção, prevenção, cura, reabilitação, cuidados paliativos e de longa duração, 2) ao longo da vida, 3) na atenção continuada e atenção, e

4) na diversidade das famílias e da comunidade, sem qualquer discriminação para obter o maior nível de qualidade de vida possível (5).

Portanto, é uma estratégia que atravessa não só todo o setor de saúde, mas todas as políticas. Por isso, é fundamental um primeiro nível de atendimento forte, resolutivo e de qualidade, apoiado em serviços especializados estruturados em rede. A estratégia da APS requer participação social ativa e a incorporação de aspectos como interculturalidade e gênero, com o fortalecimento de experiências como as já mencionadas em alguns países da região latino-americana. Sem dúvida, a APS não se trata de “serviços ruins para os pobres”, ela é o melhor investimento para alcançar a saúde para todos. Ampliar o acesso aos serviços de saúde implica melhorar a acessibilidade e a capacidade resolutiva no espaço ambulatorial (fora dos muros do hospital tradicional), o que leva à melhoria da confiança e satisfação das pessoas e comunidades. Entende-se por APS o primeiro nível de atenção ou contato com a comunidade e também com os diversos estabelecimentos de saúde com competências humanas e capacidades tecnológicas e apoio diagnóstico, terapêutico ou logístico ao primeiro nível, e ao diversos dispositivos na comunidade, tanto na área da saúde quanto na área social, que em rede articulada trabalham, e resolvem, sem hospitalização, as necessidades das pessoas e comunidades (6).

Sendo o sobrepeso e a obesidade um problema de saúde multifatorial, as intervenções intersetoriais são mais eficazes no enfrentamento desses problemas na população. Por isso, o esforço conjunto e coordenado de Parlamentares, Ministérios (Saúde, Agricultura, Educação, Desenvolvimento Social, Economia e Finanças, Comércio e Indústria, Meio Ambiente, Esportes, etc.), Organizações Internacionais (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura - FAO, Organização Mundial da Saúde - OMS, Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, Programa Alimentar Mundial - PMA, Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF), academia, sociedade civil, autoridades locais, indústria de alimentos e cidadania é essencial para enfrentar a epidemia de excesso de peso e obesidade. (7).

São crescentes as publicações de documentos técnicos sobre doenças crônicas não transmissíveis e dieta, nutrição e atividade física; entre os mais importantes, a Estratégia Mundial sobre Alimentação, Atividade Física e Saúde, o Plano de Ação Mundial para a prevenção e controle de doenças não transmissíveis 2013-2020 da OMS.

Modelos de atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (8), o cuidado as pessoas com DCNT requer a passagem de um modelo de atenção à saúde reativo, focado na doença, para um modelo proativo e planejado, focado na pessoa e em seu contexto. Um modelo que garanta uma boa qualidade de atendimento, facilite o acompanhamento, favoreça a participação ativa da pessoa com doença crônica e promova a adesão ao tratamento.

Este Modelo de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o MAPEC (em outros países é conhecido como Modelo de Atenção Crônica) é composto por seis componentes:

1. Organização dos cuidados de saúde.
2. Sistema de prestação de serviços.
3. Sistema de informação clínica.
4. Apoio à tomada de decisão.
5. Apoio à autogestão.
6. Recursos comunitários.

A implementação do MAPEC permite gerar interações produtivas entre a equipe de saúde proativa e o paciente que são, adequadamente treinados e ativos, informados e envolvidos com os cuidados que sua doença exige. Este modo de abordagem abrangente e integrada melhora os resultados de saúde (8). O modelo de atenção às pessoas com doenças crônicas sofreu algumas mudanças ao longo do tempo em que seus componentes assumiram diferentes relevâncias. Uma das mais importantes e que mais sofreu alterações é a componente de recursos comunitários.

No “Modelo de Atenção Crônica” desenvolvido por Edward Wagner e colaboradores em 1998 (considerado o primeiro modelo de atenção específico para pessoas com doenças crônicas), o componente comunitário faz parte e se tornar visível ao compartilhar um espaço diferente do sistema de saúde. Anos depois, na proposta do “Modelo Ampliado de Cuidados Crônicos”, o governo da Colúmbia Britânica no Canadá estende a aplicação do modelo à esfera comunitária e fortalece as ações de prevenção e promoção da saúde.

Essa nova configuração busca integrar o modelo de atenção às pessoas com doenças crônicas com a promoção da saúde de base comunitária, demonstrando uma clara associação entre o sistema de saúde e a

comunidade. Essa ação visa ampliar o escopo da prática clínica em três níveis: a melhoria dos resultados para indivíduos, comunidades e população.

A partir desse modelo ampliado, os quatro círculos centrais passam a dividir a fronteira entre o sistema de saúde e a comunidade. Isso significa que se busca uma maior integração desses quatro elementos no nível interno (sistema de saúde) e no nível externo (a comunidade). Toda a expansão que se insere nesse modelo está intimamente relacionada à Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, que é a primeira promulgação internacional nesse campo e foi promovida pela OMS na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Saúde realizada no Canadá em 1986.

Dentro das adaptações do modelo de atenção às pessoas com doenças crônicas, e dando continuidade ao percurso histórico, o modelo mais popular em ní-

vel global é o proposto pela OMS em 2002, denominado “Perfil de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (AICC)”. Esse modelo agrega ao MAPEC uma perspectiva de políticas de saúde. Um aspecto-chave é sua ênfase na otimização do uso dos recursos de serviços de saúde disponíveis em um contexto geográfico-popular específico. As ideias fortes do modelo “Perfil de Cuidados Inovadores para Condições Crônicas (AICC)” são:

- Tomada de decisão baseada em evidências
- Abordagem de saúde da população
- Foco na prevenção
- Ênfase na qualidade do atendimento e qualidade sistêmica
- Flexibilidade/adaptabilidade
- Integração, como núcleo duro e central do modelo

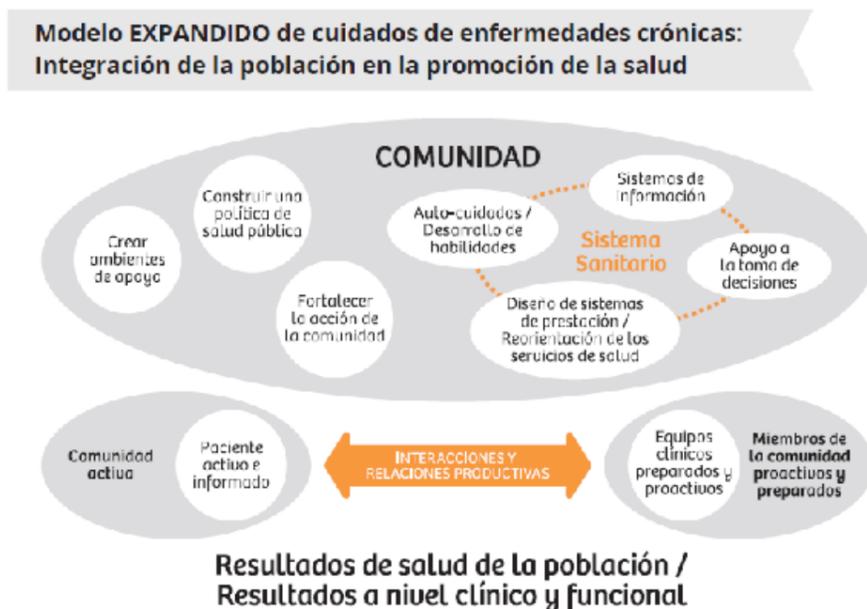


Figura 1 Modelo expandido de cuidados de doenças crônicas

Fonte: Barr V y col. (2003): “The Expanded Chronic Care Model”. Hospital Quarterly. Vol 7. N° 1

Ao focar no componente comunitário se pode afirmar que a partir dessa abordagem, a organização da saúde continua sendo essencial e a comunidade assume um papel de liderança.

Além disso, o sistema de saúde e a comunidade estão intimamente relacionados. Assim, todos os mecanismos que possam ser gerados a partir do sistema de saúde para formar gradativamente uma população ativa na atenção à saúde possibilitarão uma melhor qualidade de vida às pessoas com doenças crônicas (8).



Figura 2. Marco para a atenção inovadora de doenças crônicas

Os sistemas de saúde das Américas são caracterizados por altos níveis de fragmentação de seus serviços de saúde. A experiência acumulada mostra que a fragmentação excessiva dos serviços de saúde gera dificuldades de acesso aos serviços, prestação de serviços de baixa qualidade técnica, uso irracional e ineficiente dos recursos disponíveis, aumento desnecessário dos custos de produção e baixa satisfação dos cidadãos com os serviços recebidos (9). Para atuar na promoção da saúde, é fundamental formar redes de articulação com outros setores.

Em uma rede de saúde consolidada, o Primeiro Nível de Atenção funciona como porta de entrada do sistema, assim garante o acesso equitativo aos serviços essenciais para toda a população. O principal argumento é que esse nível tem potencial para oferecer uma atenção integral capaz de resolver grande parte das necessidades e demandas de saúde da população ao longo do tempo e da vida. Além disso, é o componente da rede que tem a possibilidade de desenvolver os vínculos mais profundos com os indivíduos, as famílias, a comunidade e com os demais setores, facilitando a participação social e a ação intersectorial (10).

Na Promoção do trabalho em redes integradas de saúde, este eixo estruturante, é especialmente interessante destacar a necessidade de superar a segmentação e fragmentação existente nos sistemas e serviços de saúde. O objetivo é caminhar para a prestação de serviços de saúde organizados em redes integradas que garantam qualidade e equidade às pessoas e comunidades, sem deixar ninguém para trás, bem como a implementação de um modelo de atenção integral à saúde. Esta RISS está pautada na APS com abordagem territorial, familiar, comunitária, multiétnica, intercultural, resolutiva, intersectorial (saúde em todas as políticas), participativa, equânime e democrática, e de forma tríplice (agente de saúde-agente comunitário-cuidado) como base do sistema de saúde, considerando a diversidade humana.

Para construir redes eficazes, os países concordaram em trabalhar em quatorze atributos. Essa concepção pressupõe que quem consegue aumentar os resultados para a população são todos os provedores trabalhando em conjunto. Da mesma forma, considera que a rede é muito mais ampla que a rede formal-institucional e que no espaço comunitário e intersectorial existem atores da rede que devem ser articulados. Isso implica alcançar arranjos institucionais entre diversos atores e instituições para alcançar objetivos e metas comuns de saúde e vida digna.

Os recursos humanos são o capital mais importante que um RISS possui. A quantidade, qualidade, distribuição e competências se traduzem diretamente na disponibilidade de serviços adequados para atender as necessidades da população. Inúmeros documentos indicam que para avançar no desenvolvimento da APS como estratégia integradora do sistema é imprescindível uma transformação na formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde. Isso implica redefinir os perfis das equipes, as novas competências, os aspectos teóricos e práticos dos programas educativos, os espaços de aprendizagem, as modalidades educativas e a educação permanente das equipes de saúde (11).

Um ambiente político positivo que apoie a atenção integrada às DCNTs é essencial para reduzir a carga desses problemas de saúde a longo prazo. Financiamento, legislação, recursos humanos, parcerias, liderança e advocacia são exemplos de domínios em nível de política que influenciam a qualidade da gestão integrada das DCNT.

Pessoas com doenças crônicas devem receber cuidados centrados no paciente por meio da atenção primária. Um dos princípios do cuidado centrado no paciente é colocar a pessoa em primeiro lugar, o que significa que o cuidado ao paciente deve ser gerenciado de forma holística (ou seja, levando em consideração o contexto mais amplo, incluindo todos os problemas de saúde e necessidades da pessoa).

O sistema de saúde e a comunidade tornam-se intimamente relacionados. Entende-se, então, que todos os mecanismos que possam ser gerados a partir do sistema de saúde para formar gradativamente uma população ativa na atenção à saúde possibilitarão uma melhor qualidade de vida às pessoas com doenças crônicas.

ARGENTINA

Papel da Atenção Primária à Saúde

A evolução da epidemia de DNT (Doenças Não Transmissíveis) na Argentina é semelhante ao que está acontecendo no mundo. Essa ameaça foi reconhecida pela OMS em seu documento “Plano de Ação Global para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020”, que busca posicionar as DNTs na agenda global de saúde, fortalecer as capacidades dos países para enfrentar a epidemia, reduzir fatores de risco modificáveis e seus determinantes por meio da criação de ambientes saudáveis, reorientar os sis-

temas de saúde para patologias crônicas por meio de um sistema universal centrado no paciente, promover a capacidade dos países para o desenvolvimento de pesquisas relacionadas às DNTs e monitorar a evolução dos fatores de risco e mortalidade por DNTs (12).

Serviços de Atenção Primária à Saúde Programa de Redes

O Programa Redes trabalha desde 2009 para fortalecer o Primeiro Nível de Atenção. As políticas públicas no setor da saúde têm um enorme potencial em termos de garantia da saúde das comunidades e representam um importante complemento às reformas sanitárias. Se olharmos para o futuro e para os vários desafios colocados pelos determinantes sociais da saúde e o aumento crescente das patologias crônicas, fica claro que são necessárias maiores capacidades de resposta e um trabalho coordenado e intersetorial.

Redes, sendo um programa de abrangência nacional, pretende estimular o trabalho coordenado e integrado entre os serviços públicos de saúde em todas as províncias argentinas, por meio de uma abordagem baseada na estratégia de (APS) e hierarquização do Primeiro Nível de Atenção (NAP).

A Redes adota a concepção das RISS (Redes Integradas de Serviços de Saúde), considerada uma das principais expressões operacionais para combater a fragmentação dos sistemas de saúde, ajudando a especificar vários de seus elementos mais essenciais, como cobertura e acesso universal; APS como eixo estruturante do sistema de saúde; atenção integral, integrada e contínua; cuidados adequados; ótima organização e gestão; orientação para a ação intersetorial, entre outros (9).

Nessa perspectiva, Redes acompanha as províncias argentinas em seu processo de fortalecimento das redes de atenção, bem como na melhoria dos serviços prestados à população, respeitando as respectivas idiossincrasias.

Por fim, é importante destacar a escalabilidade das ações de fortalecimento das redes. Considerando que se trata de “projetos” executados apenas em uma parcela territorial das províncias, a maioria das ações empreendidas tem potencial para serem replicadas no restante do território provincial e de fato, em muitos casos, já está acontecendo. Esses projetos são de certa forma “pilotos” de uma experiência inovadora e desa-

fiadora que é mudar a forma de pensar a saúde: pensar com o outro, pensar em rede.

Mais de 2.200 efetores de saúde fazem parte desses projetos provinciais que fortalecem as redes de saúde. Um dos processos que tem crescido a partir do trabalho das Redes, e que responde por um diálogo institucional permanente entre os diferentes níveis de serviços de saúde, é o dos mecanismos de referência e contrarreferência (13).

Alguns programas possibilitam a articulação e desenvolvimento com instituições territoriais, (por exemplo, escolas, organizações de bairro) com participação da comunidade, principalmente ações de promoção e prevenção, utilizando as ferramentas adequadas, na forma de guias, manuais de gestão de patologia, referência e contrarreferência, entrega de medicamentos ou apoio para alcançar resultados positivos.

Ainda é prematuro falar em RISS, o caminho é longo, requer decisões políticas, reestruturação do sistema de saúde e formação para o desenvolvimento de competências.

A Argentina conta com um conjunto de instrumentos legais, normativos e programas vinculados às políticas alimentares voltadas para a prevenção do sobrepeso e da obesidade, com foco no tratamento e reabilitação (14-17), mencionados em números anteriores.

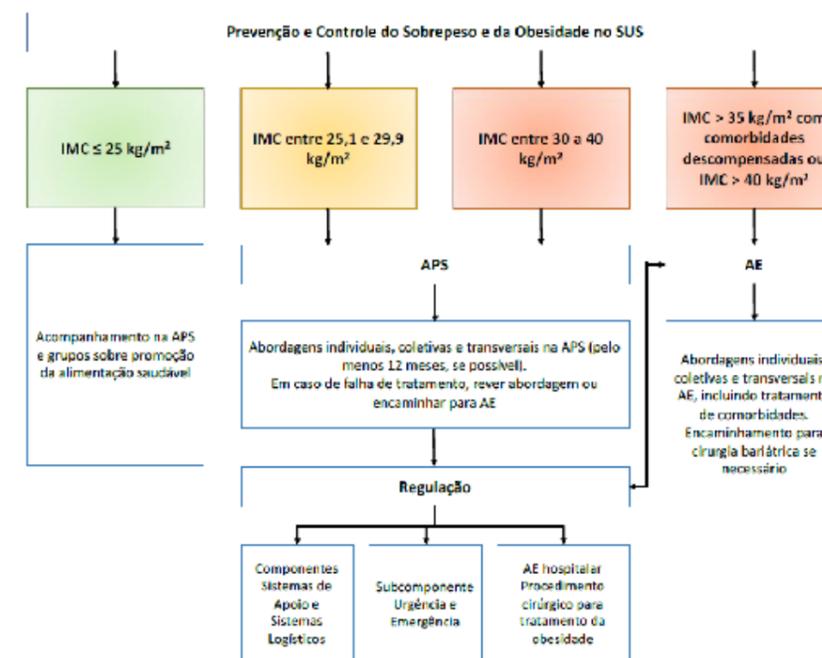
BRASIL Papel da Atenção Primária à Saúde

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde teve sua política definida em 2006, com sua última revisão em 2017 (18). Além da Política Nacional de Atenção Básica de especial interesse, há a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2014, e o Plano de Ações Estratégicas de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, que fazem parte de um conjunto de políticas voltadas para a atenção integral à saúde. Além disso, o Brasil possui uma política de promoção da saúde (19). Em 2014, a Resolução 483 redefiniu a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doença crônica no Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo diretrizes para a organização de suas linhas de atenção. A Linha de Atenção ao Sobrepeso e Obesidade (20) e o tratamento da obesidade grave no SUS (21) estão vinculados a essa rede de atenção à saúde. Também foi

definida a Organização Regional da Linha de Atenção ao Sobrepeso e Obesidade (documento 424 de 19 de março de 2013, alterada pela resolução 62, de 6 de janeiro de 2017) e o Regulamento Técnico para atendimento de alta complexidade a pessoas com obesidade (22). Em 2020, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para sobrepeso e obesidade em adultos (23).

No protocolo proposto pelo Ministério da Saúde (23), os cuidados são definidos com base na classificação do índice de massa corporal (IMC). Na APS, são priorizadas as ações no território envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade. A Atenção Especializada (AE) funciona como um serviço de apoio aos casos mais graves, incluindo a cirurgia da obesidade (Figura 3).

Figura 5. Fluxo de atendimento ao indivíduo com sobrepeso ou obesidade no SUS.



Adaptado de: BRASIL, 2013⁴⁸.

Figura 3. Fluxo da atenção à pessoas com sobrepeso e obesidade no Sistema Único da Saúde do Brasil.

Fuente: Brasil, Ministério da Saúde, 2020, p. 28 (23)

Serviços de Atenção Primária à Saúde

Na APS, são priorizadas ações de promoção envolvendo educação em saúde, com ênfase no empoderamento do grupo, intersetorialização e intervenção de acordo com os fatores de risco. A prevenção busca mensurar condições crônicas, estratificação de risco e diagnóstico precoce. Uma abordagem integrada à saúde, conforme previsto na RAS APS na atenção à saúde das pessoas com doença crônica, busca o empoderamento dos indivíduos, a receptividade à demanda espontânea, valoriza o trabalho multidisciplinar, promove o manejo do complexo de comorbidades, busca a integralidade, longitudinalidade e coordenação da assistência. A gestão da APS abrange a população adscrita em um território e desenvolve ações baseadas no

planejamento, avaliação e monitoramento com base em evidências e nos determinantes sociais da saúde e é responsável pela gestão de recursos, regulação da educação e sistemas de informação. Ao atuar no território, busca estabelecer acordos e construir processos intersetoriais. No entanto, embora o modelo teórico conceitual da APS no Brasil busque a integralidade e a equidade dos serviços e apresente um conjunto de ações inovadoras para a atenção ao sobrepeso e obesidade, ainda há um longo caminho a percorrer para alcançar a cobertura universal dos serviços (24).

No Brasil, as políticas de sobrepeso e obesidade são recentes na APS. As ações de promoção têm recebido atenção diferenciada, uma vez que pessoas obesas que necessitam de atendimento especializado, muitas vezes individualizado, não encontram o supor-

te adequado nos serviços. No país há carência de serviços que ofereçam atendimento especializado, endocrinologistas, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros (25,26).

COLÔMBIA

Papel da Atenção Primária à Saúde

A trajetória da APS na Colômbia envolve quatro momentos históricos:

1) Foi introduzido no Sistema Nacional de Saúde (SNS-Col) por meio da organização de grupos de trabalho e implementação de programas ajustados às diretrizes propostas na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata em 1978 (27).

2) O Regime Geral de Previdência Social (SGSS) foi criado em 1993 (Lei 100). Com o processo de descentralização de poderes e recursos no país, o novo sistema de saúde focou no seguro para garantir o Plano de Saúde Obrigatório (POS), tanto contributivo quanto subsidiado. São criadas Entidades Provedoras de Saúde (EPS) e nomeadas Instituições Provedoras de Saúde (IPS) (28).

3) É renovada a APS promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aqui a execução das estratégias coletivas de saúde que foi inicialmente contemplada no Plano de Atenção Básica (PAB), evoluiu para o Plano de Intervenções Coletivas (PIC) em 2007, derivado do Plano Decenal de Saúde Pública (PDSP) 2012-2021, que incorporou a abordagem dos determinantes sociais da saúde (29).

4) Foi iniciada a Lei 1.438 de 2011, que visa fortalecer o SGSS, por meio de um modelo de prestação de serviços públicos de saúde que, no marco da estratégia da APS, permite a ação coordenada do Estado, instituições e sociedade para a melhoria da saúde e a criação de um ambiente seguro e saudável, que proporcione serviços de maior qualidade, inclusivos e equitativos, onde o centro e o objetivo de todos os esforços sejam os moradores do país. No entanto, essa lei não teve um desenvolvimento regulatório ou orçamentário claro que permitisse tornar a política pública visível em nível nacional, o que levou a conquistas com experiências em nível local (30).

Em 2016, o Estado, obrigado a implementar uma política social baseada na atenção integral, publicou a Política de Atenção Integral à Saúde (PAIS), com o

objetivo de orientar o sistema de saúde para a geração de melhores condições de saúde. Acesso a serviços de saúde com enfoque familiar e comunitário (31).

Serviços de Atenção Primária à Saúde – abordagem da obesidade

Segundo o Inquérito Nacional da Situação Nutricional ENSIN 2015, 18,7% dos adultos apresentavam obesidade, sendo mais frequente nas mulheres (22,4%) do que nos homens (14,4%). A obesidade mórbida (IMC > 40 kg/m²) tem prevalência de 1,1%, sendo também maior nas mulheres (1,5%) do que nos homens (0,5%) (32).

Dada a dimensão deste problema, a Colômbia implementou políticas e planos estratégicos ao longo do tempo que buscaram reduzir os fatores de risco e a prevalência de sobrepeso e obesidade. Em 2001, foi implantada a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, elaborado o Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 1996-2005 e promulgada a Lei 1.355, de 14 de outubro de 2009 “por meio da qual, a obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis associadas à como prioridade de saúde pública e são adotadas medidas para seu controle, cuidado e prevenção” (33). Essa lei teve pouca ação intersetorial, o que mostrou que existe um perigo latente nas instituições de ensino onde os ambientes alimentares aumentam sua tendência devido ao aumento das escolhas alimentares não saudáveis e produtos ultra processados sem controle e intervenção desta lei.

Em 2016, o Ministério da Saúde e Proteção Social da Colômbia publicou o “Guia de Práticas Clínicas para a prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e obesidade em adultos”. O guia destina-se ao pessoal de atendimento clínico que presta atendimento aos pacientes na prevenção, diagnóstico e tratamento do sobrepeso e da obesidade nos diferentes graus de complexidade da atenção à saúde do SGSSS (33).

É importante considerar que o fato de haver políticas que promovam a prática de atividade física e o consumo de alimentação saudável em crianças e jovens, os esforços têm sido insuficientes no sentido de controlar a comercialização em massa de produtos açucarados e ultra processados com gorduras trans e ricas em sódio. No entanto, em 2020, no Dia Mundial

Contra a Obesidade, o UNICEF e a Novo Nordisk ratificaram seu compromisso com a Colômbia na promoção de estilos de vida saudáveis.

A aliança entre as duas organizações busca contribuir para a prevenção, conscientizando sobre a mudança de hábitos e a importância da participação da família e da comunidade em geral na transformação dos ambientes obesogênicos. Com esta aliança, que ocorrerá inicialmente em um período de três anos, (UNICEF) e a empresa global de saúde combinarão esforços na Colômbia e em outros países da América Latina para melhorar o conhecimento e a conscientização sobre como prevenir o sobrepeso e a obesidade abordando suas causas mais profundas. (34).

Há também uma iniciativa chamada Red PaPaz que busca conscientizar, chamar à ação e capacitar pais, mães, cuidadores e todos os grupos interessados na defesa dos direitos de crianças e adolescentes na Colômbia.

Essa rede foi criada com o objetivo de influenciar políticas públicas que garantam ambientes protetores para menores e adolescentes. Esta plataforma baseia-se no apoio do cidadão para pressionar as entidades governamentais na tomada de decisões e as instituições responsáveis por gerar mudanças positivas para os menores de 18 anos.

Red PaPaz é uma rede de mães, pais e cuidadores, que conseguiu gerar capacidades para uma proteção efetiva dos direitos de crianças e adolescentes na Colômbia, com ações focadas em questões relevantes,

baseadas em evidências e boas práticas comprovadas, que permitiu que se tornasse uma referência nacional e internacional (35).

Atualmente, em 2021, têm sido realizados fóruns de discussão com o Senado da República sobre a necessidade da imediata criação e implementação do chamado “Projeto de Lei de junk food”: Projeto de Lei 347/2020 Senado, Câmara 167/2019, busca criar medidas que sejam adequadas, que sejam eficientes para prevenir doenças não transmissíveis, principalmente relacionadas aos hábitos alimentares. Finalmente, o Congresso colombiano decreta a Lei 2.120, de 30 de junho de 2021, por meio da qual são adotadas medidas para promover ambientes alimentares saudáveis e prevenir doenças não transmissíveis (36) (Figura 4).

Esta lei busca a adoção de medidas efetivas que promovam ambientes alimentares saudáveis, garantindo o direito fundamental à saúde, especialmente das crianças e adolescentes, a fim de prevenir o aparecimento de Doenças Não Transmissíveis, por meio do acesso a informações claras, verídicas, oportunas, visíveis, adequadas e suficientes, nos componentes alimentares, de forma a promover hábitos alimentares saudáveis.

De acordo com o exposto, embora existam iniciativas na Colômbia em busca de prevenção, tratamento e redução da prevalência de sobrepeso e obesidade, ainda faltam ações mais concretas e orçamento para atingir esses objetivos em consonância com o Objetivos de Desenvolvimento propostos pelas Nações Unidas.

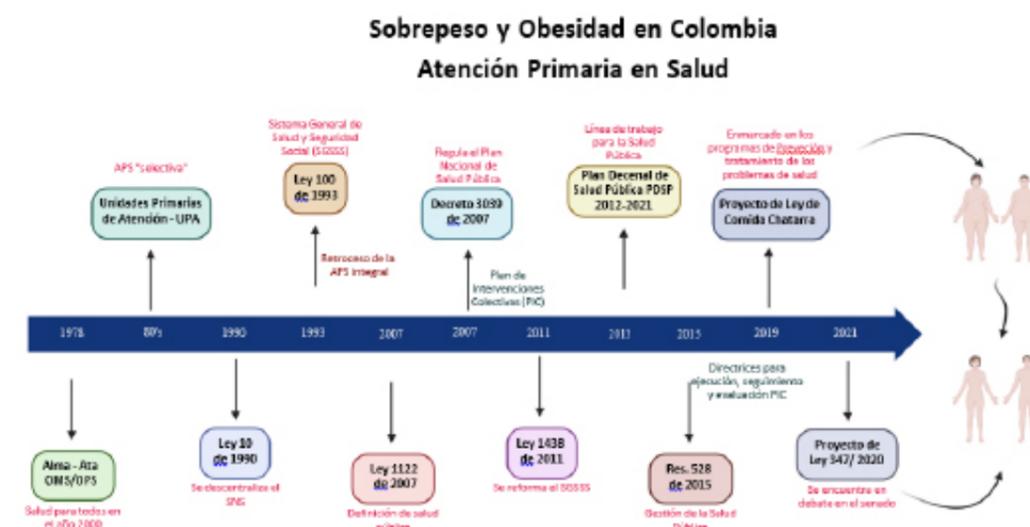


Figura 4. Abordagem do sobrepeso e da obesidade desde a Atenção Primária à Saúde
Fonte: Elaboração realizada pelos autores.

EQUADOR

Serviços de Atenção Primária à Saúde e o Papel da Atenção Primária à Saúde

Em 2012, o Equador implementou o Modelo de Atenção Integral à Saúde com Abordagem Familiar, Comunitária e Intercultural (MAIS-FCI), incorporado à Estratégia de Atenção Primária Renovada (APS-R) e intimamente relacionado à noção de desenvolvimento humano sustentável (37). Este eixo é prioritário para cumprir o artigo 32 da Constituição da República do Equador, que define a saúde como um direito garantido pelo Estado, cuja realização está vinculada ao exercício de outros direitos, incluindo o direito à água, alimentação, educação, cultura física, trabalho, previdência social, ambientes saudáveis e outros que propiciem o bem viver (38).

Este artigo condensa o Modelo de Atenção Integral à Saúde desenvolvido pelo Ministério da Saúde Pública (MSP), cujo conteúdo destaca a importância dos determinantes da saúde e da atenção integral, a partir da abordagem dos Princípios que incluem: a garantia dos direitos dos cidadãos e -responsabilidade no cumprimento dos deveres para com os outros, as suas comunidades e a sociedade, enquadrados na universalidade, integralidade, equidade, continuidade, sendo participativo, descentralizado, eficiente, eficaz e de qualidade. O Modelo propõe que a relação médico-paciente se expresse na da equipe de saúde-sujeito de direitos ou cidadão, que a gestão e o cuidado busquem não apenas resultados institucionais, mas fundamentalmente resultados de impacto social, para melhorar a qualidade de vida da população.

No Modelo de Atenção Integral à Saúde com Abordagem Familiar, Comunitária e Intercultural, o cuidado é proposto por ciclos de vida: Crianças de 0 a 9 anos, adolescentes de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 64 anos e idosos acima de 65 anos; incluindo em cada um dos subgrupos etários (37).

Seu trabalho está organizado em grupos de atenção prioritária, com riscos específicos de acordo com as condições sociais, ambientais e trabalhistas. Com essa estrutura, o conjunto de benefícios é desenvolvido em nível individual, familiar e comunitário. O modelo é baseado na intersectorialidade e inclui uma equipe de saúde integral que abrange desde a promoção, prevenção, cura até reabilitação, cuidados paliativos e integração social (37).

Define as modalidades de atendimento das equipes integrais de saúde nos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde. Presta atendimento intramural prestado pelos estabelecimentos de saúde dos três níveis de atenção. Cuidados extramuros ou comunitários prestados principalmente por estabelecimentos operacionais de primeiro nível, que oferecem trabalho em entidades educativas; comunidade, prisões, fábricas, empresas; trabalhar em casa; atendimento em estabelecimentos móveis de saúde.; Este nível possui estratégias e ferramentas para proporcionar benefícios integrais à saúde: visita domiciliar, registro familiar, critérios de descriminalização.

As principais atividades que são levadas em consideração para agendar a visita domiciliar são: Grupo Materno Infantil (adolescentes), doenças de impacto como: doenças transmissíveis (TB [tuberculose], DST [doenças sexualmente transmissíveis], IRA [infecção respiratória aguda], DDA [doença diarreica aguda], HIV/AIDS, entre outras), doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (HAS [hipertensão arterial], asma brônquica, diabetes mellitus, artrite reumatoide, cardiopatia isquêmica, entre outras) e doenças com notificação. Também estão incluídos: adultos em risco, idosos, pessoas com deficiência, pessoas que têm dificuldade de ir a uma unidade de saúde.

Nos critérios de dispensa do diagnóstico e acompanhamento das famílias, são formados três grupos: I, aparentemente saudável, II, com fatores de risco: hábitos tóxicos como tabagismo, sedentarismo, consumo anormal de bebidas alcoólicas, uso inadequado de medicamentos ou substâncias psicoativas, riscos sociais de adquirir doenças sexualmente transmissíveis, tentativa de suicídio, risco de pré-concepção; bem como os riscos no ambiente escolar ou de trabalho, entre outros. III, com patologias crônicas, hipertensão, cardiopatia isquêmica, diabetes mellitus, asma brônquica, epilepsia, doença renal crônica e muitas outras, e IV, com sequelas ou incapacidade.

O Modelo prevê a organização e o funcionamento da Rede Integral e Complementar de Saúde Pública conforme mostra a Figura 5, para a qual o Primeiro Nível de Atenção é fortalecido como porta de entrada obrigatória do sistema, por isso deve ter uma base de dados cadastrais de usuários em a nível individual e familiar. Também foca na rede referência-contrareferência que permite a continuidade dos benefícios. Para sua implantação e operação, o Ministério de saúde pública (MSP) desenvolveu o Sistema de Re-

ferência - Contra-referência. Nesse Modelo, há estratégias nacionais de saúde como a Triagem Neonatal, a priorização de condições e problemas de saúde a partir de uma abordagem de prevenibilidade, que inclui: A Estratégia de Ação Nutrição - Desnutrição Zero, Atenção Integral à Saúde para pessoas com problemas crônico-degenerativos, Saúde Coletiva e Estratégias de Vigilância Epidemiológica e Estratégia

Integral de Desenvolvimento Infantil (37). Cada setor da população por ciclo de vida tem um conjunto de serviços focados em sua faixa etária, com programas de promoção da saúde e prevenção de doenças, participação comunitária organizada, cura, recuperação, reabilitação da saúde, com respeito à diversidade e em ambientes saudáveis.



Figura 5. Classificação dos serviços de saúde por níveis de atenção e capacidade resolutiva
Fonte: Ministerio de Saúde Pública. 2012; Elaboração pelos autores.

Considerações Finais

O primeiro nível de atenção não é apenas uma porta de entrada, mas também constitui o eixo informático de todo o sistema e a fonte primária dos sistemas de informação para o tratamento e gestão de casos (que se apoia no desenvolvimento de ficheiros eletrônicos na rede), para monitorar processos de atendimento, gestão de turnos (citações) e casos, e para sistemas de referência e retorno, entre outros. Este último significa que os recursos humanos, infraestrutura e tecnologia dos serviços estão estruturados e organizados para garantir um primeiro nível capaz de atuar com e para as pessoas e a comunidade. Isso permite a resolução abrangente dos principais problemas de saúde do próprio habitat das pessoas.

Por todo o exposto, 40 anos após a Declaração de Alma-Ata, este é um bom momento para refletir não apenas sobre um diagnóstico da situação, mas tam-

bém para propor soluções concretas e práticas nascidas do diálogo, da escuta e da pesquisa rigorosa. Se não houver atenção primária fortalecida, com participação intersectorial e comunitária, não haverá assistência social nem acesso universal à saúde.

Os países participantes neste documento realizam ações, por meio de leis, regulamentos e estratégias diversas para mitigar o flagelo desta doença, ainda assim, dada a multifatorialidade atual, são necessários maiores esforços e otimização dos recursos existentes, as equipes de saúde no território. São uma ferramenta inestimável para o conhecimento da comunidade e sua proximidade. É necessário que as políticas públicas de saúde foquem na prevenção em idades muito precoces com todas as ferramentas disponíveis e garantam investimentos em saúde.

Referencias Bibliográficas

1. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, Atkins VJ, Baker PI, Bogard JR, et al. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the Lancet Commission report. *Lancet*. 2019. February 23;393(10173):791–846.
2. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>. Acesso: 31 de marzo de 2022
3. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de ali-

- mentación e nutrición na atención primaria à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
4. Organización Panamericana de la Salud. SERIE. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4. Disponible en: <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/RISS%202010-Doc%20Posicion%20revisado%20pos%20CD.pdf>. Acceso: 31 de marzo de 2022
 5. Botelho FC, França Junior I. Como a atenção primária à saúde pode fortalecer a alimentação adequada enquanto direito na América Latina? *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e159. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.159>
 6. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública*. 2018; 42:104. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
 7. Organización Panamericana de la Salud. Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad: Lecciones aprendidas Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34941>. Acceso: 14 de octubre de 2021
 8. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. 1. Enfermedad Crónica. 2. Calidad de la Atención – acceso & evaluación. 3. Innovación. 4. Américas. I. Título. ISBN 978-92-75-31738-9 (Clasificación NLM: WT500 DA1) Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
 9. Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4) ISBN: 978-92-75-33116-3
 10. González, G. Redes, otra manera de pensar la salud: de procesos a resultados. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2016: 141 p
 11. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles : manejo integral en el primer nivel de atención : Argentina 2016. - 1a ed. 1a reimp. – Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles : Organización Panamericana de la Salud ; Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2017. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34520/9789503802397_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acceso: 31 de marzo de 2022
 12. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, DC: OPS, 2013. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
 13. Redes Líneas de Acción. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/salud-publica/0000001034-cent-modulo-9-salud-redes/8399445->
 14. Plan nacional de prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001559cent-2019-04_documento-marco_plan-asi.pdf
 15. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Remediar + Redes. Redes, otra manera de pensar la salud: primeros logros de los proyectos provinciales / coordinado por Gabriel González. [et.al.]. - 1a ed. - Buenos Aires Ministerio de Salud de la Nación. Programa REMEDIAR+REDES, 2013. 80 p. : il. ; ISBN 978-950-38-0149-9 1.
 16. Ministerio de Salud de la Nación Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles: manejo integral en el primer nivel de atención: Argentina 2016. - 1a ed. 1a reimp. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de La Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles: Organización Panamericana de la Salud; Ginebra : Organización Mundial de la Salud, 2017. 154 p. ; 30 x 21 cm. - (Guías de práctica clínica) ISBN 978-950-38-0239-7
 17. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2- Resumen ejecutivo 2019. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cent-enmys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2017. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
 19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União 2006; 31 mar.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 424 de 19 de março de 2013. Republicada em 28 de junho de 2013 com correções. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 123 de 28 jun. 2013. Seção 1, p. 55-56.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 425, de 19 de março de 2013. Republicada em 15 de abril de 2013 com correções. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 71 de 15 de abril de 2013. Seção 1, p. 59.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde [Internet]. Departamento de Atenção Básica. Portaria n. 62 de 6 de janeiro de 2017. Altera as Portarias nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e nº 425/GM/MS, de 19 de março de 2013, que estabelece o regulamento técnico, normas e critérios para a Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201709/22120014-portaria-62-2017-redefine-as-diretrizes-para-a-organizacao-da-prevencao-e-do-tratamento-do-sobrepeso-e-obesidade.pdf> Acesso em: 14 fev. 2018.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão de incorporação de tecnologias no sistema Unnico de Saúde, 19 de novembro de 2020. Disponível em: <http://conitec.gov.br/ultimas-noticias-3/ministerio-da-saude-publica-protocolo-clinico-e-diretrizes-te>
 24. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, 2011; 29(2):84–95
 25. Aguilera SLV, França BHS, Moysés ST, Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública*. 2013; 47(4): 1021-1040. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000400010&lng=en&nrm=iso Accessed 12 de fev 2020.
 26. Silva CR, Brigida GC, Carnoni Junior CL, Nunes EFPA. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(4). <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016>. Accessed 23 May 2020.
 27. Guerrero R; Gallego A; Becerril-Montekio V; Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Revista Salud Publica Mex* 2011; 53 supl 2:S144-S155.
 28. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
 29. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
 30. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf. Acceso 14 de octubre de 2021
 31. Ministerio de Salud y Protección social. Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021

32. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-ENSIN 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
33. Ministerio de salud y protección social. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. Guía completa. 2016 - Guía No. 52. Pag. 24. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-sobrepeso-obesidad-adultos.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
34. Foro Económico Mundial 2020. La obesidad no es una tendencia imparable: esto es lo que podemos hacer de manera diferente. Disponible en: <https://es.weforum.org/agenda/2020/01/la-obesidad-no-es-una-tendencia-imparable-esto-es-lo-que-podemos-hacer-de-manera-diferente/>. Acceso 14 de octubre de 2021
35. Red PaPaz. Documento ¿Qué es Red PaPaz? Disponible en: <https://www.redpapaz.org/wp-content/uploads/2020/10/Red-PaPaz-esp%C3%B1ol-junio-2021-.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
36. Congreso de Colombia. Ley 2120 del 30 de junio de 2021. Disponible en: <http://www.andi.com.co/Uploads/LEY%202120%20DEL%2030%20DE%20JULIO%20DE%202021.pdf>. Acceso 14 de octubre de 2021
37. Ministerio de Salud Pública. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud –MAIS. 2012. Disponible en: https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf. Acceso 1 de octubre de 2021
38. Asamblea Constituyente de Montecristi. Constitución de la República del Ecuador. 2008. Asamblea Constituyente. Disponible en: <https://biblioteca.defensoria.gob.ec/handle/37000/823>. Acceso 1 de octubre de 2021