

SIG Obesidade NutriSSAN



GRUPO DE INTERESSE ESPECIAL
PARA O ESTUDO DA OBESIDADE
Rede Latino-americana de Soberania e Segurança
Alimentar e Nutricional

Série

Políticas Públicas de Prevenção e Controle da Obesidade
ARGENTINA - BRASIL - CHILE - COLÔMBIA- EQUADOR

Esta é uma produção coletiva apoiada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações/ Secretaria de Políticas e Programas de Pesquisa e Desenvolvimento/ Departamento de Políticas e Programas para a Inclusão Social/Rede Nacional de Pesquisa (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. Corporação Universitária Remington, Colombia.

A Estrutura Operativa dos Sistemas de Saúde em Argentina, Brasil, Chile e Colômbia

Weber TK¹, Oliveira MRM¹, Miranda M¹, Araneda J², Pinheiro, AC³, Muñoz ME⁴, Gil BE⁴, González AL⁵, Popelka R⁵, Albrecht C⁵

¹ Universidade Estadual Paulista “Julho de Mesquita Filho”, Centro de Ciência e Tecnologia em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional UNESP/INTERSSAN - Brasil

² Universidade del Bío-Bío, Faculdade de Ciências da Saúde e dos Alimentos, Departamento de Nutrição e Saúde Pública - UBB - Chile

³ Universidade del Desarrollo, Faculdade de Medicina-Clinica Alemana, Escola de Nutrição e Dietética - Chile

⁴ Programa de Nutrição e Dietética. Corporação Universitária Reminston, Colômbia.

⁵ Universidade Nacional de Córdoba, Faculdade de Ciências Médicas, Escola de Nutrição – UNC – Argentina

INTRODUÇÃO

Embora o enfrentamento da obesidade demande reconhecidamente esforço intersetorial é o setor de saúde que absorve grande parte dessa demanda, seja no esforço de inserir ações de proteção, promoção da saúde em outras políticas, seja executando ações de promoção da saúde, prevenção e controle da obesidade e das doenças a ela associadas (1). O acesso e a cobertura dos serviços de saúde à população dependente da política que se adota em cada país. Por essa razão, vislumbrando a sistematização de informações sobre o cuidado ao sobrepeso e à obesidade em países da América Latina é que se priorizou neste fascículo a caracterização dos sistemas de saúde da Argentina, Brasil, Chile e Colômbia.

Estes países apresentam nas suas constituições federais/ nacionais o direito à assistência à saúde e ao observar atualmente os sistemas de Saúde (SS) que regem nestes países deve ser realizada uma reflexão sobre o contexto histórico da América Latina, sobretudo ao que se refere o processo de democratização, transformações políticas, econômicas e sociais (1).

As reformas ocorridas nos sistemas de saúde de cada um dos países frente à globalização e ao neoliberalismo não foram uniformes (1). Embora, o direito à saúde esteja sempre norteando as políticas adotadas (2).

De maneira geral os sistemas de saúde desses países contemplam a ação do Estado e a iniciativa privada, com ou sem a contribuição de trabalhadores e empregadores. Em todos os países receitas de impostos são aplicadas na saúde. Em parte deles há contribuição proveniente dos salários é obrigatória. Em alguns o Estado proporciona do direito universal à saúde, contemplando todos os cidadãos, em outros, o Estado subsidia a assistência aos mais vulnerabilizados, é o caso, por exemplo, da Colômbia. Em todos os países há problemas na distribuição dos serviços e o Estado não têm conseguido garantir o direito pleno à saúde com equidade e igualdade (2). Uma visão geral dos Sistemas de Saúde em questão pode ser observada no quadro 1. Os modelos de busca da aplicação da justiça social; os de carácter redistributivo, universal, funda-

mentam-se na cidadania e tiveram inspiração na busca da aplicação da justiça social. Já os modelos de caráter corporativo são financiados fundamentalmente com contribuições de empregados e empregadores, embora possam contar também com recursos de impostos. Um terceiro modelo consiste na proteção social residual, quando o Estado se responsabiliza apenas por proteger os mais pobres, os demais cidadãos devem adquirir os serviços no mercado (2). É certo que quanto maior a participação do Estado no financiamento da assistência à saúde, maior a igualdade de oportunidades de acesso e a cobertura. Os países aqui discutidos têm modelos de sistema de saúde combinados, envolvendo o sistema público não contributivo, seguro social contributivo e o setor privado.

Essa coexistência de modelos dentro de um mesmo sistema gera fragmentação dos serviços. A privatização dos serviços vem se tornando uma realidade nestes países. O Chile foi o primeiro país a privatizar a seguridade social na América Latina. O Brasil, embora se mantenha com um modelo universal, apresenta um dos maiores mercados e planos e seguros de saúde do mundo.

É importante discutir também o modelo de assistência, com foco na integralidade das ações de saúde. Desde a década de 60 é que se tem reforçado a importância da atenção primária à saúde no que diz respeito aos determinantes de saúde. Para tanto, tem sido priorizada a abordagem sistêmica e socioecológica, ampliado a visão sobre a saúde.

De acordo com o grau de complexidade tecnológica, os SS se organizam por níveis de Assistência na APS com políticas específicas direcionadas aos grupos de doenças e populacionais.

Nestes países, a atenção à prevenção, manejo e tratamento da obesidade tem sido de forma mais ou menos fragmentada, com maior ou menor cobertura de serviços, regulamentada por diretrizes específicas conforme o nível de assistência, os processos de cuidado são orientados por guias e apostilhas de práticas clínicas editadas pelos Ministérios da Saúde de cada país.- Quanto mais complexo o serviço, mas evolvido ele se encontra em ações curativas, reparadoras da saúde. No

caso da obesidade, as ações de prevenção exigem grande esforço da atenção primária para que se desenvolvam efetivas estratégias multissetoriais. Ao mesmo tempo, as comorbidades associadas à obesidade (hipertensão diabetes, doenças osteoarticulares, certos tipos de câncer, entre outras) são as que mais têm onerado a atenção especializada.

Enquanto a cirurgia bariátrica surge na atenção de alta complexidade, como alternativa de controle da obesidade e suas comorbidades. No equilíbrio que deveria existir na oferta de cuidado nos três níveis, alguns países privilegiam mais do que outros os investimentos na atenção primária compreendendo a dimensão dessa tarefa. Outros se aproximam mais de uma atenção individualizada, privilegiando níveis de maior complexidade de assistência. A integralidade dos serviços se verifica quando os três níveis de assistência se encontram articulados, integrados em rede e o cuidado.

ARGENTINA

Na Argentina, o direito à Saúde está garantido no artigo 42 de sua Constituição. No entanto, esse direito foi confirmado de forma mais taxativa no “Protocolo de San Salvador”, em 2003, que ampliou os direitos econômicos, sociais e culturais dos argentinos. No país, cada província tem autonomia para decidir sobre sua política de saúde, as quais têm suas próprias leis envolvendo o acesso aos serviços de saúde (3). O SS argentino se caracteriza por uma excessiva fragmentação (4) que se dá em primeiro lugar em três grandes subsectores: o Público, da Segurança Social e o Privado. Esta fragmentação se apresenta em três níveis:

i) de cobertura, não é toda a população que tem acesso a prestações e serviços de saúde similares; ii) regulatória, as capacidades de ajustamento e regulação estão repartidas as 24 jurisdições e aos diversos subsectores; e iii) territorial, devido às marcadas diferenças de desenvolvimento económico entre as diversas regiões da nação. O papel de regulação na política sanitária nacional corresponde ao Ministério da Saúde com a criação do Conselho Federal de Saúde (COFESA), um organismo público criado pela Lei 22373 de 1981 com o objetivo de coordenar as ações de saúde pública na Nação Argentina (5).

O modelo de atenção definido no plano está constituído por aquelas estratégias para garantir o desenvolvimento da atenção às pessoas nas diretrizes da APS, promovendo o enfoque por ciclo de vida e impulsionando o fortalecimento de redes de atenção segundo níveis de risco. As metas e estratégias para a saúde das pessoas que o Ministério de Saúde da Nação (em seu papel de regulador da Política Sanitária Nacional) por meio das suas dependências e programas atende por ciclo de vida (definidos em crianças, adolescentes e jovens, mulheres grávidas, parto e puerpério, adultos e idosos). Dessa forma, as estratégias se planejam em três linhas que se desprendem dos princípios da Estratégia de Atenção Primária e definem o direcionamento dos planos e programas nacionais e provinciais destinados a contribuir ao longo das metas de Saúde. Essas linhas estratégicas são:

- Garantir a atenção das pessoas, através da regionalização e fortalecimento da capacidade resolutiva das redes de atenção, melhorando a acessibilidade e a continuidade da mesma;
- Priorizar as intervenções orientadas à prevenção e minimização dos problemas de saúde responsáveis das principais causas de morte e patologias prevalentes;
- Participações sociais e determinantes sociais: coordenação de ações programáticas de comunicação e participação social, articuladas intersetorialmente para a abordagem dos determinantes.

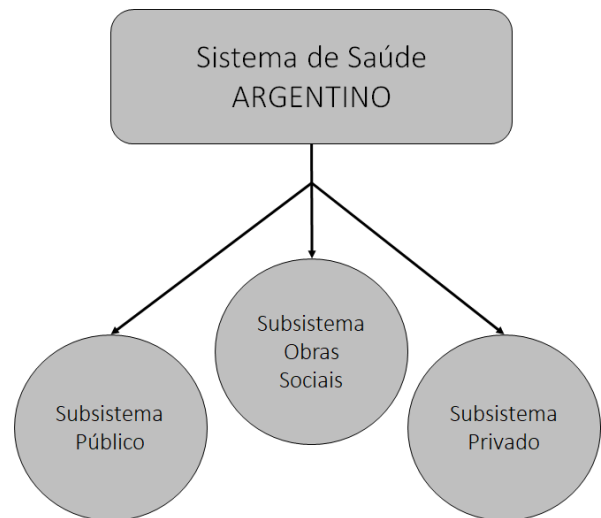


Figura 1. Infográfico da governança do Sistema de Saúde Argentino

Cobertura Universal de Saúde

A cobertura universal de Saúde (CUS), (6) estabelecida pela Resolução 475/2016, tem por objetivo que todos os indivíduos, especialmente os mais vulneráveis tenham acesso durante sua vida a serviços de Saúde de qualidade, sejam eles de promoção, prevenção, cura, reabilitação ou cuidados paliativos. É uma iniciativa para a reformulação do sistema sanitário argentino que aponta maior eficiência e transparência. Busca-se corrigir a fragmentação do sistema que se caracteriza pela existência dos subsetores e pela sobreposição de funções das distintas jurisdições (nação, províncias e municípios). Também se procura corrigir a fragmentação dos programas, com financiamento nacional e/ou internacional do próprio Ministério da Saúde da Nação e em um trabalho coordenado entre o Ministério de Saúde e o Ministério de Modernização da Nação que está se construindo um documento nacional de Saúde.

BRASIL

No Brasil, o Sistema Único de Saúde criado com a Constituição de 1988, em sua Lei orgânica N°8.080, tem como principais princípios doutrinários a universalidade, a equidade e a integralidade; e como princípios organizativos, a descentralização, a hierarquização e a participação (7). Este foi o primeiro documento que coloca o direito à saúde no ordenamento jurídico brasileiro. A criação deste sistema de saúde foi contrária à forte tendência neoliberal na década de 80 e no Sistema Único de Saúde foi incorporada à plataforma política do movimento que defendia a redemocratização no país, implicando ao direito da assistência universal à Saúde (8,9). O SUS é inteiramente financiado pelos recursos de impostos da União, dos Estados e Municípios. Todo cidadão brasileiro tem direito a fazer uso dos seus serviços. Apesar disto, o mercado de planos e seguros de saúde no Brasil é um dos maiores no mundo, atendendo a grupos populacionais que podem pagar por serviços específicos. O mercado suplementar de saúde é independente, mas regulado pelo governo, como também a iniciativa privada participa do SUS realizando prestações de serviços ao governo.

No SUS, os provedores de serviços podem ser públicos ou privados (prestadores de serviços por convênio). No que se refere ao sistema privado, este pode complementar o sistema público na existência de falhas de estruturas, especialmente na área hospitalar, na prestação de exames diagnóstico ou na assistência de média e alta complexidade (8). Este mecanismo de complementação é conhecido como saúde complementar e quando é acionado, os valores são acobertados pelo governo; possibilitando em teoria a cobertura integral à saúde, segundo o que estabelece a Constituição Federal (8).

Os gastos do governo brasileiro com a Saúde reapresentam na atualidade aproximadamente 8% do Produto Interno Bruto (PIB) (10). Atualmente, o Brasil se organiza em três esferas de governo: União, Estados e Municípios, cada uma, possuem a autonomia administrativa e gestores do SUS designados para desenvolver as funções do Executivo na Saúde, como: no âmbito nacional, o Ministro de Saúde; no âmbito estatal, o Secretário de Estado de Saúde; no âmbito municipal, o Secretário Municipal de Saúde. Suas principais funções englobam a formulação de políticas / Planificação; financiamento; coordenação, regulamento, controle e avaliação do sistema e dos prestadores públicos ou privados.

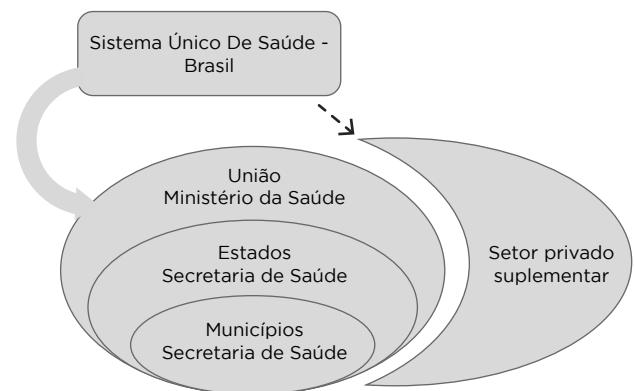


Figura 2. Infográfico da governança do Sistema de Saúde Brasileiro

Em 1994, o Brasil estruturou o Programa Saúde da Família, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF). Em 2016, a ESF abrangia 64% da população brasileira. A ESF tem a territorialização como base de atuação de equipes de saúde da família (11,12). As ações e serviços de Saúde se organizam em redes de atenção regionalizadas para garantir a atenção integral à população. O acesso à população acontece preferentemente pela rede básica de Saúde (atenção básica) e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. A organização do SUS em redes de atenção é em realidade uma estratégia para garantir os princípios do SS, baseados na universalidade, integralidade e equidade (13).

O SUS tem como importante componente a participação social por meio dos conselhos de políticas públicas em três níveis do governo. É a partir das conferências de Saúde que se levantam subsídios para os Planos de Saúde. Os conselhos de Saúde deliberam sobre os recursos da mesma e têm a importante função de monitorar a execução dos Planos de Saúde.

CHILE

Em 1918 se publica o primeiro Código Sanitário no país, com a criação de uma autoridade unipessoal com competências executivas e se estabelece a Direção Geral de Sanidade e a criação de órgãos sanitários em cada zona de salubridade (1). A Constituição Política da República do Chile, promulgada em 18 de setembro de 1925, sinaliza que é dever do Estado “velar pela Saúde pública e em bem-estar higiênico do país”. Em 1952 cria-se o Sistema Nacional de Saúde (SNS), o que se encarrega da proteção da Saúde para toda a população e do fomento e recuperação da Saúde dos obreiros, esposa e filhos até de 15 anos. Em 1958 se criam as Medidas de Segurança para a proteção de trabalhadores contra riscos e consequências de acidentes do trabalho (1).

Posteriormente, através do Decreto da Lei N° 25 de 1959, se cria formalmente o Ministério da Saúde, entidade dependente do Governo, que tem por respon-

sabilidade se encarregar da proteção da Saúde para toda a população e garantir a todo residente o acesso livre e igualitário a todos os programas e serviços de saúde e tem por missão “construir um modelo de Saúde sobre a base de uma atenção primária fortalecida e integrada, que põe ao paciente no centro com ênfase no cuidado de populações durante todo o ciclo de vida, além disso, estimule a promoção e prevenção em Saúde, assim como o seguimento, rastreabilidade e cobertura financeira”. Em 1968 a Lei 16.744 de acidentes e doenças do trabalhador consolida às medidas de segurança para captar fundos e permitir organizar e administrar um mecanismo de atenção integral em acidentes do trabalho (1). Em 1979, se reorganiza o Ministério da Saúde e são criados: o SS, o Fundo Nacional de Saúde (Fonasa), a Central Nacional de Abastecimento (Cenabast) e o Instituto de Saúde Pública (ISP), assim, com a nova institucionalidade o acesso é possibilitado aos benefícios dos sistemas de livre eleição. Em 1981 são criados as Instituições de Saúde Previdenciária (Isapres), entidades privadas com sistemas de livre eleição que outorga prestações e benefícios de Saúde a seus afiliados. Em 1985 se reorganiza o setor público em modalidades de atenção institucional e livre eleição. Ocorre a eliminação da diferença entre o regime de saúde e a qualidade previdenciária que estabelece o aporte financeiro segundo a capacidade económica, o acesso livre e igualitário a ações de Saúde (14,15).

O Sistema de Saúde chileno está composto por um sistema misto de atenção formado por um setor público e outro privado. Assim, o Fundo Nacional de Saúde (seguro público), cobre por volta de 80% da população nacional, através da rede assistencial desdobrada em todo Chile. Este fundo se financia com o aporte dos trabalhadores e com recursos do Estado que provem dos impostos da nação. Por outra parte, as Instituições de Saúde Previdenciária (ISAPRE), reconhecidas como o sistema privado cobrem aproximadamente 20% da população e prestam serviços tanto em instalações privadas como públicas. Este sistema opera através de Planos contratados pelas pessoas. Posteriormente, em 2005 entra em vigência a nova lei de Autoridade Sanitária e a lei de Garantias Explícitas em Saúde (AUGE), pilares fundamentais do novo sistema de saúde chileno (14,16).

COLÔMBIA

Evolução e Marco normativo

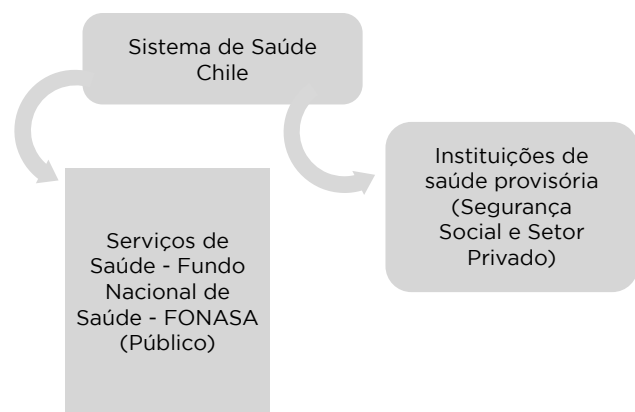


Figura 3. Infográfico do Sistema de Saúde Chileno.

No Chile, o gasto do PIB em saúde é aproximadamente 8,5%, considerado abaixo da média da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económicos (OCDE) que é de aproximadamente 9,5% (17).

Quanto a sua organização, o Sistema de Saúde em Chile, se Estrutura no Ministério da Saúde, cuja função é de regulamentação; as Secretarias Regionais Ministeriais de Saúde (SEREMI), as que têm uma função de fiscalização e se localizam em cada uma das regiões do país, formando um total de 16 SEREMIs. Também, o sistema inclui aos SS os que são responsáveis pela articulação, gestão e desenvolvimento da rede assistencial correspondente, para a execução das ações integradas de fomento, proteção e recuperação da Saúde, como também a reabilitação e cuidados paliativos das pessoas doentes (18). Atualmente há 29 Serviços de Saúde (19), formados por aqueles que possuem a sua própria rede assistencial que está constituída pelos estabelecimentos municipais de APS e outros estabelecimentos públicos ou privados que tenham convênios no respectivo serviço de Saúde.

Em primeira instância, é necessário mencionar o conceito ou definição de sistema de Saúde na Colômbia e também comentar a evolução do mesmo, com base à fundamentação do direito à saúde. Na Colômbia, define-se como Sistema de Saúde o: “Conjunto articulado e harmônico de princípios e normas, instituições; competências e procedimentos: poderes, obrigações, direitos e deveres que o Estado disponha para a garantia e materialização do Direito Fundamental à Saúde” (20).

Antes de 1990 na Colômbia, o processo de Saúde se enquadrava no modelo inglês de segurança social como resposta às necessidades de proteção de toda a população (21), existia então o Instituto de Seguros Sociais (ISS) que estava orientado a cobrir as necessidades de Saúde somente dos trabalhadores do setor privado e era financiado pelo Estado e os empregadores (22), a outra população devia acessar aos serviços de saúde de forma particular.

Na década dos 90, a segurança social começou a se entender como um direito irrenunciável da pessoa, então que desde 1991 na Assembleia Nacional Constituinte e na nova Constituição Política no Artigo 48 se estabeleceu a segurança social assim: “um serviço público de carácter obrigatório garantindo o direito irrenunciável à segurança social” e determinou-se o cenário para a estruturação do novo sistema de segurança social onde se encontra imerso o sistema de Saúde.

O Sistema de Segurança Social Integral (SSSI) foi implantado em 1993 a partir da Lei 100, que tem como objetivo garantir como direito irrenunciável e universal à segurança social da pessoa e a comunidade, com o fim de lograr uma qualidade de vida acorde com a dignidade humana, os princípios da lei são equidade, obrigatoriedade, proteção integral, livre escolha, descentralização administrativa, participação social, concertação e qualidade (21,22).

Sob este enfoque, tem-se em conta o sistema de aposentadoria, de riscos profissionais e de segurança social em Saúde, com os que se fornece de serviços e de Assistência social à população.

A lei 100 instaurou a obrigatoriedade de se cadastrar ao sistema através de Entidades Promotoras de Saúde EPS. As EPS administram o Plano Obrigatório em Saúde (POS) através das Instituições Prestadoras de Serviços de Saúde (IPS)

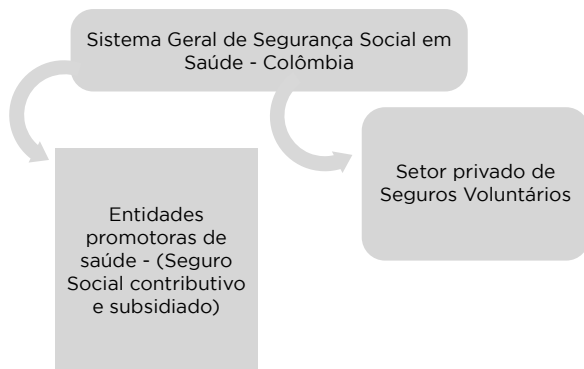


Figura 4. Infográfico do Sistema de Saúde Colombiano.

São considerados dois regimes: o regime subsidiado e o contributivo.

O regime subsidiado busca garantir o acesso aos serviços de saúde à população que não ganha salário, populações especiais que estão em uma situação de vulnerabilidade ou populações a cargo do estado e o regime contributivo obriga aos empregados, pessoas, independentes e aposentados que têm salários maiores a um salário mínimo legal vigente a realizar aportes ao sistema de Saúde. As pessoas que fazem parte do regime contributivo estão na liberdade de escolher a EPS que deseja para receber os serviços de Saúde (23).

Em 2002 aprovou-se a Lei 789 que o SSSI deverá se reinterpretar como componente do Sistema de Proteção Social (SPS), além disso, surge o Ministério da Saúde e Proteção Social (21), a partir desta lei se redefiniram os objetivos marcados pela Lei 100 de 1993, o SPS se criou para enfrentar as contingências gerada pelos altos níveis de desemprego, as pessoas com trabalhos informais e em definitiva para garantir aos mais necessitados o acesso dos direitos à saúde, à aposenta-

doria e ao trabalho. E em matéria de saúde definiu-se que os programas deviam estar focados a permitir que os colombianos pudessem acessar em condições de qualidade e oportunidade aos serviços básicos (21). Nos anos posteriores foram realizadas várias reformas das leis e decretos que modificaram a estrutura da operação do SPS, no 2011, 2016, 2018 e 2019 (24). Em 2015 foi aprovada a Lei Estatutária 1751, a que tem o intuito de determinar o Direito à Saúde como direito fundamental autónomo e irrenunciável, tanto de forma individual como coletiva sendo exigível diretamente ao Estado, estabelecendo os mecanismos de proteção e regulamento do Direito à Saúde. Dentro das contemplações se encontra a oportunidade no serviço, eficácia e qualidade (20).

Atualmente o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS) na Colômbia, trabalha sob a direção do Ministério da Saúde e Proteção Social que tem funções como a formulação de políticas, planos e programas com o objetivo de melhorar a Saúde da população, dirigir o funcionamento do sistema e avaliar o resultado das políticas executadas. O SGSSS é financiado por duas fontes, os recursos fiscais (impostos) e os recursos para-fiscais (cotizações, cotas moderadoras e co-pagos ao mesmo sistema por parte de trabalhadores e empregadores)., com isso o dinheiro arrecadado pelas EPS e as autoridades sanitárias são entregues ao SGSSS e posteriormente se compram ou pagam os serviços às IPS (24).

Para garantir a prestação dos serviços de saúde tanto do setor público como do privado, o SGSSS se vale do regime contributivo e o subsidiado, das Empresas Promotoras de Saúde (EPS) e das Instituições Prestadoras de Saúde (IPS). As EPS têm a função de administrar os Planos de benefícios de Saúde (PBS) de ambos regimes; as IPS são uma rede de Instituições tanto públicas quanto privadas, como: hospitais, clínicas, laboratórios e outras que são contratadas pelas EPS para garantir a prestação do serviço a sus afiliados (23).

Política de Atenção Integral em Saúde – PAIS

O regime subsidiado: é o mecanismo mediante o qual a população mais pobre da Colômbia, sem capacidade de pagar tem acesso aos serviços de saúde por meio de um subsídio que é oferecido pelo Estado. Sendo, a responsabilidade das Entidades Territoriais (municípios, distritos, departamentos) a operação adequada dos seus processos para garantir o bem-estar da população. Por outro lado, as entidades territoriais também têm a função da identificação e afiliação da população, o investimento, a contratação, o seguimento, a vigilância e o controle da execução dos recursos (25).

O regime subsidiado é financiado por um aporte dos trabalhadores do setor formal da economia e a contribuição do governo através de impostos e os beneficiários são selecionados por meio de um processo com enquête populacional denominada Sistema de Identificação de Beneficiários (SISBEN), assim se identificam as populações vulneráveis ou especiais que não têm capacidade para pagar, indígenas, desterritorializados, entre outros (26).

O regime contributivo, como seu nome indica, obriga às pessoas que trabalham a contribuir ao financiamento da proteção social (saúde, aposentadoria, riscos laborais); está dirigido aos trabalhadores e suas famílias que possuem capacidade de pagar. No caso dos trabalhadores que tiverem contratos de trabalho com as empresas, o aporte ao Sistema de Proteção Social se faz por parte do trabalhador e por parte da empresa com as porcentagens estabelecidas, como também o valor do aporte é calculado baseado ao salário mensal de cada trabalhador. Ele pode cadastrar o seu grupo familiar, além de escolher a Empresa Promotora de Saúde (EPS) da sua preferência e no caso dos trabalhadores independentes que não possuem nenhum tipo de vínculo laboral com alguma empresa, estes deverão assumir 100% do aporte à proteção social que também se calcula baseado nos seus salários.

No regime especial: se encontram o sistema de saúde das forças militares, os empregados do magistério (professores do estado), a Empresa Colombiana de Petróleos e outras organizações com autonomia para determinar suas coberturas e estrutura de serviços (26).

Para dar execução à Lei 100 na Constituição política da Colômbia, no plano de desenvolvimento e no Plano decenal de saúde pública, em 2016 se construiu e aprovou a Política Integral em Saúde (PAIS) que está centrada na população e suas relações familiares e comunitárias. A política abrange as diretrizes determinantes sociais adotadas pelo Plano Decenal de Saúde Pública 2012-2021, por isso que o governo começou a reconhecer os problemas de saúde que são impulsionados pelas condições ambientais, sociais, culturais, políticas, econômicas e educativas que afetam às populações ao longo de todo o território (27).

Recentemente, foi iniciada a implementação desta política como nova proposta do país para melhorar a qualidade e acesso à saúde para diminuir os abismos da inequidade em saúde no território. Em teoria, esta política tem uma diretriz estratégica e um Modelo Integral de Atenção em Saúde (MIAS) que é a forma de operar esta diretriz (27).

As estratégias para operar este modelo de atenção são três: a Atenção Primária em Saúde (APS) com ênfase na Saúde Familiar e comunitária, a segunda estratégia é o cuidado, onde se deve ter ênfase à promoção da saúde e não só à solução de contingências e a terceira é o enfoque diferencial que tem como objetivo poder alcançar todas as pessoas e suas necessidades. Estas estratégias devem estar contempladas no sistema de segurança que é denominado Gestão Integral do Risco (GIRS), este modelo foi criado para incluir todos os setores (entidades territoriais, EPS e IPS) e também para administrar os determinantes sociais da saúde (27).

O Modelo de Atenção Integral em Saúde tem dez componentes que trabalham de forma articulada para garantir a saúde, o cuidado e a resolução das necessidades da pessoa, da sua família e da comunidade; minimizando os determinantes sociais da saúde que causam incidentes. A ferramenta utilizada são as Rotas Integradas de Atenção em Saúde (RIAS) que permitem possibilitar a consolidação das ações do Plano de Intervenções Coletivas (PIC).

Plano de Benefícios (PB) e das Guias de Prática Clínica (GPC) (27).

No modelo existem três tipos de rotas, a primeira é a rota integral de atenção para a promoção e manutenção da Saúde que são ações realizadas em torno da vivência e no desenvolvimento das pessoas (enfoque de curso de vida), promovendo vidas saudáveis para conseguir o bem-estar das populações; na sequência é a rota integral de atenção para grupos de risco, onde se encontram as ações dirigidas à identificação oportuna de fatores de risco e sua intervenção; a terceira é a rota integral de atenção específica que concentra suas ações na recuperação, reabilitação e palição de condições específicas de Saúde (27). O Sistema de Saúde em Colômbia teve muitas mudanças e tem evoluído segundo as necessidades da população, a economia, a política e o ajuste às novas diretrizes dos órgãos multilaterais, tem se avançado em matéria de acesso à atenção visto que antes só era para os trabalhadores. O avanço mais importante é que a população em geral tem enfatizado o assunto, as pessoas sabem e tem clareza que a saúde é um direito e lutam por ele com os diferentes instrumentos legais; mesmo com múltiplos esforços por melhorar a qualidade da prestação nos serviços e a cobertura universal, a corrupção faz com que o dinheiro encaminhado para a população não seja destinado a ela, o que faz uma queda nas etapas do esquema de financiamento do sistema e traz como consequência que as IPS fechem por falta de recursos, deixando algumas vezes à população desprotegida e aumentando a inequidade em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário qualificar a vigilância do sistema para evitar os problemas de financiamento, dar continuidade ao modelo e avalia-lo na execução para poder vislumbrar melhoras e diminuir a inequidade no país em relação a saúde. Cada país na sua maneira tem procurado garantir a saúde como um direito fundamental, pois em todos os países a população está dividida conforme o poder aquisitivo, mesmo que a proposta seja universal. A fragmentação na organização, prestação de serviços e segmentação no financiamento gera inequidade e ineficiência. É nesse cenário que ações de promoção de hábitos saudáveis e prevenção da obesidade nestes países da América Latina devem acontecer. Contudo as políticas defendem o combater e/ou a diminuição do sobrepeso e da obesidade, mas para a efetividade ocorrer, todos devem ter consciência da importância das gestões para promover e fomentar a inserção de ações específicas nas políticas de saúde, tendo em conta a escassez de recursos e as limitações orgânicas dos sistemas, num cenário de grande disputa.

Bibliografia

1. Jones JL, Sundwall D. Health care systems and national policy: role of leadership in the obesity crisis. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 43(1):19-37, 2016
2. Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) Ministério da Saúde (MS) Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento, 2016, 260p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistemasau-de_brasil_organizacao_financiamento.pdf
3. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*. 53(2): 98-108, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/06.pdf>
4. Sofía Suárez Baldo VSS. Fragmentação e segmentação do sistema de saúde argentino: uma análise histórica. 9º Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Montevideo, 26 al 28 de julio de 2017. Disponível em: <http://www.congresoalacip2017.org/archivo/downloadpublic2?q=YToyOntzOjY6InBhcmFtcyI7czozN-ToiYToxOntzOjEwOiJRRF9BUlFVSVZPj-zOjQ6IjMwMzEiO30iO3M6MToiaCI7czozMjoiOGRINGNhYjMwZDRhOGEzMGQ3NjQ3Y2M4YjZmYmQyNzQiO30%3D>
5. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S (orgs.). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012. 80p.
6. Argentina - Ministerio de salud – Presidencia de la Nación. Programa Sumar: Reporte de gestión 2017. Disponível em: <http://www.msal.gob.ar/sumar/imagenes/stories/pdf/rg-6-2017.pdf>
7. BRASIL. Lei n°8.080, 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.
8. Levino A, de Carvalho EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. *Rev Panam Salud Publica* 30(5), 2011.
9. *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/ Nerícia Regina de Carvalho Oliveira*. - São Luís, 2016.
10. Saldiva PH; Veras M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *ESTUDOS AVANÇADOS* 32 (92), 2018.
11. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília-DF. Out, 2010.
12. Neves RG, Flores RT, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde* 27 (3) 03, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2018.-v27n3/e2017170/>
13. Paim J et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil*. Publicado online. 9 de maio de 2011.
14. Ministerio de Salud- Gobierno de Chile. Hitos de la Salud Chilena [Internet]. [cited 2019 Jul 12]. Available from: <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
15. Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jul 12];143:774–86. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>
16. Arredondo A, Bertoglia MP, Inostroza M, Labbé J, Lenz R SH. Construcción política del sistema de salud chileno: la importancia de la estrategia y la transición. ¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio? [Internet]. 2017 [cited 2019 Jul 12]. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Libro-ISPAB-11.pdf>

17. The Public Health System in Chile. In: OECD Reviews of Public Health: Chile [Internet]. OECD; 2019 [cited 2019 Jul 12]. p. 41–80. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-public-health-chile/the-public-health-system-in-chile_9789264309593-5-en
18. Ministerio de Salud - Gobierno de Chile. Servicios de Salud [Internet]. [cited 2019 Jul 12]. Available from: <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>
19. OCHISAP. Observatorio Chilenos de Salud Pública. Los Servicios de Salud del S.N.S.S. [Internet]. [cited 2019 Jul 12]. Available from: <http://ochisap.cl/index.php/los-servicios-de-salud-del-s-n-s-s>
20. Personería de Medellín, Observatorio del Derecho Fundamental a la Salud. El derecho fundamental a la salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud 1 ed. Medellín: CTP EXPRESS; 2018.
21. Cortés J. Estructura de la protección social en Colombia. 1 ed. Bogotá: Legis editores S.A; 2012.
22. Jiménez J, Londoño S, Estrada L. Historia de la seguridad social en Colombia. 1998;1–7. Available from: <http://www.encolombia.com/segsoc2.htm>
23. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los sistemas de salud en Colombia. Bogotá: Área de sistemas y servicios de la salud; 2009.
24. Consultorio de seguridad social integral [internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; c2019 [citado 2019 jun 7]. Available from: <http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/institucional/unidades-academicas/facultades/medicina/extension/consultorio-seguridad-social-integral>
25. Régimen subsidiado [internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; c2019 [citado 2019 jun 13]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
26. Sistema de salud en Colombia [internet]. Rio de janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; c2012 [citado 2019 jun 13]. Available from: <http://isa-gs-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-colombia/>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Bogotá; 2016.
28. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos: situación de Salud en las Américas. 2019. [Consultado el 13 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y.

Quadro 1. Principais características dos Sistemas de Saúde de Argentina, Brasil, Chile e Colômbia

	Argentina	Brasil
Saúde como direito fundamental	Constituição Nacional de 1853	Constituição Federal de 1988
Marco normativo principal vigente	22 de agosto de 1994	Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990
Última Reforma	2003	1988/1994
Princípios	Universalidade, equidade e descentralização	Universalidade, equidade, integralidade, descentralização de gestão, participação comunitária e regionalização
Modelo de Governança	Ministério da Saúde Autoridade Sanitária Nacional em conjunto com autoridades sanitárias das províncias	Ministério da Saúde responsabilidade compartilhada e hierárquica entre o governo federal, estadual e municipal através das Secretarias de Saúde
Modelo de cuidado	Fragmentado	Integrado
Modelo econômico- financeiro	Misto - Sistema Público de Saúde, Segurança Social e Privado	Misto – Sistema Público de Saúde (SUS) e Sistema Privado
Financiamento	Governo nacional, provincial e municipal, derivado de recursos fiscais e contribuições sociais	Orçamento geral do Estado, mas o município pode investir no sistema público de saúde. O sistema suplementar (privado) se financia com aportes de investidores e usuários.
Afiliação ao sistema	Voluntária	Não tem
Cobertura	Universal	Universal
População total	44,27 milhões de habitantes (2017)	202,77 milhões de habitantes (2019)
Cobertura do Sistema (Público e Privado)	Em 2005, 56% dos argentinos cobertos por seguridade social, 10% por serviços privados e 34% atendidos no Sistema Público	Sistema público de saúde teoricamente cobre 100% da População, sendo que 75% utiliza o SUS, a outra parte utiliza serviços privados
Expectativa de vida	77 anos	76 anos

Quadro 1. Principais características dos Sistemas de Saúde de Argentina, Brasil, Chile e Colômbia

	Chile	Colômbia
Saúde como direito fundamental	Constituição 1980	1751 (reconhecimento de direito fundamental)
Marco normativo principal vigente	Decreto Lei 2763 de 03 de agosto de 1979	Lei 100 de 1993, (implementação do sistema). A Lei estatutária
Última Reforma	1981/2005	1993/2012
Princípios	Equidade, participação e solidariedade.	Equidade, obrigatoriedade, proteção integral, livre escolha, descentralização administrativa, participação social, concertação e qualidade.
Modelo de Governança	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde e Proteção Social
Modelo de cuidado	Parcialmente integrado	Parcialmente integrado
Modelo econômico- financeiro	Misto – Sistema Público de Saúde (FONASA) e Sistema Privado (ISAPREs)	Misto Regime contributivo e regime subsidiado
Financiamento	Principalmente do Estado, derivado das contribuições fiscais de trabalhadores e empresas e aportes de usuários.	Recursos fiscais (impostos) e os recursos para-fiscais (cotizações, cotas moderadoras e co-pagos ao mesmo sistema. Por parte de trabalhadores e empregadores).
Afiliação ao sistema	Obrigatória	Obrigatória
Cobertura	Seguro Social	Seguro Social
População total	18,05 milhões de habitantes (2017)	45.5 milhões de habitantes (2018)
Cobertura do Sistema (Público e Privado)	FONASA cobre 73,5% e ISAPREs 16,3% da População	96.4%: Regime Subsidiado (RS) 48.5%, Contributivo (RC)42.8% 5.2% o regime de exceção; 3.6% não tem afiliação em saúde.
Expectativa de vida	79 anos	74 anos

Temas dos próximos fascículos da Série “Políticas Públicas de Prevenção e Controle da Obesidade”

ARGENTINA - BRASIL- CHILE - COLÔMBIA - EQUADOR

Fascículo 1: Redes Acadêmicas: O SIG Obesidade e na Rede Latino-americana de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional

Fascículo 2: Epidemiologia da Obesidade em Argentina, Brasil, Chile y Equador.

Fascículo 3: A estrutura operativa dos Sistemas de Saúde na Argentina, Brasil, Colômbia, Chile e Equador.

Fascículo 4: Obesidade nas políticas públicas da Argentina, Brasil, Colômbia, Chile e Equador.

Fascículo 5: Rede e linhas de cuidado para a obesidade em Argentina, Brasil, Colômbia, Chile e Equador: Atenção Primária à Saúde.

Fascículo 6: Viver, comer e trabalhar no campo e na cidade: Obesidade.

Fascículo 7: Rotulado e regulação frente à publicidade.

Fascículo 8: Rede e linhas de cuidado na Obesidade em Argentina, Brasil, Colômbia, Chile e Equador: Serviço Especializado e de alta complexidade.

Red Latinoamericana de SSAN: <https://redelaSSAN.wordpress.com>
Plataforma NutriSSAN: <https://nutriSSAN.rnp.br/>

Equipe INTERSSAN, Unidad NutriSSAN/UNESP
55 (14) 3880 0146, e-mail: interssanunesp@gmail.com