

Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:  
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos  
narrativos de un médico de cabecera.

Marcela Dohms

<http://doi.org/10.30860/0058>

## UNA VISIÓN VIVENCIAL DEL SISTEMA SANITARIO BRASILEÑO: DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE, A TRAVÉS DE RELATOS NARRATIVOS DE UN MÉDICO DE CABECERA.

Marcela Dohms

**Resumen:** Aunque Brasil tiene un sistema sanitario público universal (el SUS), elaborado con base al concepto de salud como derecho del ciudadano, lo cierto es que hay grandes diferencias en el acceso al sistema por la sanidad pública o privada. Este artículo presenta un “retrato fresco” del sistema sanitario brasileño, desde la perspectiva del paciente, a través de relatos narrativos de un médico de cabecera, así como de algunas situaciones clínicas paradigmáticas del día a día de la atención sanitaria en escenarios diferentes. Se presenta las principales características del acceso público y privado, para luego reflexionar sobre la situación general de la sanidad del país (con énfasis en temas de políticas de salud, accesibilidad, minorías) y la calidad asistencial. Concluimos que las políticas actuales de salud pública en Brasil provocan inequidades en el acceso al sistema sanitario, lo que afecta negativamente a la calidad de la atención sanitaria, reduciendo la autonomía y el derecho a la salud.

**Palabras clave:** *Brasil/ Atención Primaria de Salud/ Sistema Sanitario/ Políticas de Salud.*

**Abstract:** A VIVENCIAL VISION OF THE BRAZILIAN SANITARY SYSTEM

Although Brazil has a universal public health system (SUS), developed based on the concept of health as a citizen's right, there are great differences in access to the system by public or private health. This article presents a “fresh portrait” of the Brazilian health system, from the patient's perspective, through narrative accounts of a family doctor, of some paradigmatic clinical situations of day-to-day health care in different scenarios. It presents the main characteristics of public and private access, and reflects on the general health situation of the country, with emphasis on issues of health policies, accessibility, minorities, and quality of care. We conclude that current public health policies with inequities in access to the health system negatively affect the quality of care, reducing autonomy and the right to health in Brazil.

Key words.-

**Keywords:** *Brasil/ Primary Health Care/ Health System/ Health Policies.*

**Artículo recibido:** 22 agosto 2019; **aceptado:** 11 noviembre 2019

### INTRODUCCIÓN

Brasil tiene un sistema sanitario público universal. El SUS (sistema único de Salud) se basó en un concepto de salud amplio que entiende la salud como derecho del ciudadano y deber del gobierno según la Constitución (Brasil, 1988). Pues bien, a pesar de todo ello, hay grandes inequidades en el acceso al Sistema tanto sea por la sanidad pública o la privada (Noronha, Gragnolati). Para contextualizar bien al sistema de salud brasileño, hay que enfatizar, en primer

lugar, que estamos ante un país continental (mayor que Europa, por ejemplo), en el que encontramos escenarios muy diferentes entre norte y sur, entre capital y áreas rurales, entre litoral y área de selva con población indígena. Además de gran variación climática, hay también una gran diferencia cultural entre las regiones. A pesar de haber políticas nacionales para la red pública de salud, el sistema de salud es descentralizado (Brasil, 1988) y no hay una estandarización nacional de organización de la atención primaria y de los flujos entre niveles asistenciales. Cada gestión municipal tiene autonomía para organizar (o desorganizar) la red. A veces, incluso dentro de la misma ciudad, hay grandes diferencias en la organización del servicio entre cada centro de salud u hospital público, y muchas diferencias también en el sistema privado.

En segundo lugar, la desigualdad social es otro aspecto importante pues se trata de uno de los problemas principales del país. Brasil está entre los 10 países con mayor desigualdad en la distribución de la renta del mundo (Piketty, 2018), de acuerdo con el Informe de Desarrollo Humano elaborado por las Naciones Unidas. El país presenta el índice de Gini (un indicador de desigualdad) aproximadamente el doble de algunos países de la Unión Europea, y con indicativos de empeoramiento de ese índice en los últimos años (UNDP, 2016).

Paralelamente a las dificultades de acceso universal y falta de recursos del sistema público, hay la complementariedad del sector privado de seguros de salud, que es fuerte y está en crecimiento. Actualmente, el sector privado cubre el 25% de la población brasileña, a través del subsector de salud suplementaria que recientemente inicia experiencias de organización de servicios con base a los preceptos de la Atención Primaria (Sampaio in Gusso, 2019). Este sector concentra el 53% de los gastos en salud del país, sin embargo, en 2017, la cobertura por seguros privados disminuyó al 22,8% de la población, probablemente relacionado con el aumento del desempleo (Massuda et al, 2018). Así, hay múltiples posibilidades de acceso al sistema de salud brasileño.

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:  
 desde la perspectiva del paciente, a través de relatos  
 narrativos de un médico de cabecera.**

**Marcela Dohms**

<http://doi.org/10.30860/0058>

En la siguiente figura (figura 1) observamos los diferentes caminos por los que un ciudadano accede al Sistema Sanitario:

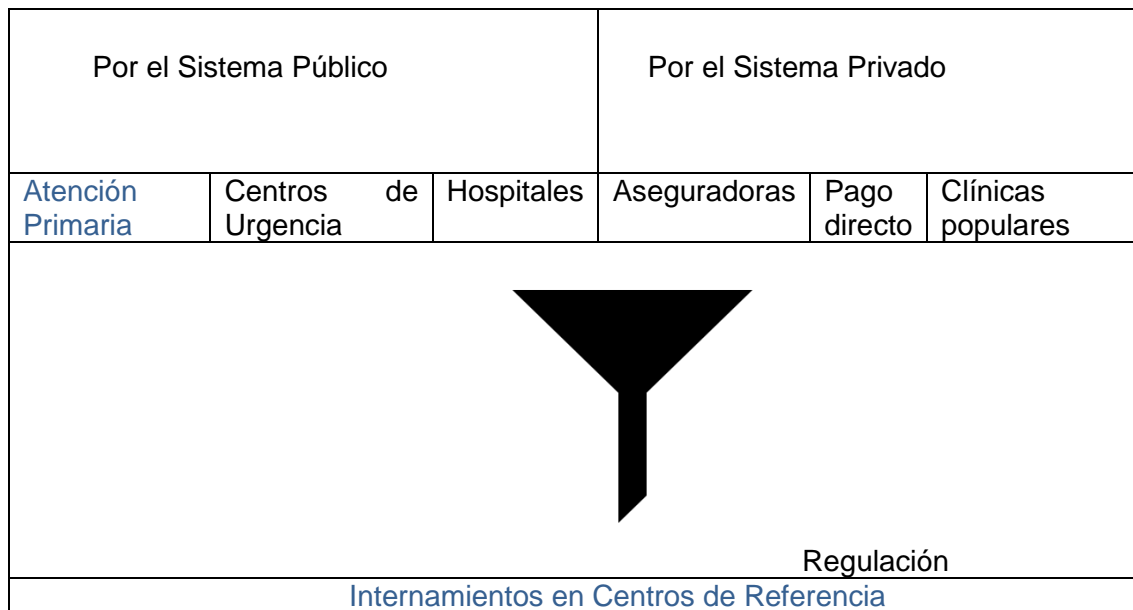


Figura 1.- Posibilidades de acceso al sistema de salud brasileño.

Teniendo en cuenta este contexto y los supuestos del derecho a la salud y la vida en las mejores condiciones posibles, nos preguntamos ahora ¿cómo es, desde la perspectiva del paciente, el acceso y la asistencia en el proceso salud-enfermedad en situaciones clínicas paradigmáticas del sistema de salud brasileño? ¿Cómo pueden las políticas de organización y salud del Sistema impactar la calidad del cuidado humano en Brasil? El conocimiento de la experiencia que tiene la población cuando busca de atención médica, puede contribuir a la reflexión sobre cómo la distribución de los recursos de salud y la organización de los servicios en el país interfieren en la atención y la vulnerabilidad de su población.

## **OBJETIVO**

Explorar las características del sistema sanitario brasileño con el fin de obtener un “retrato fresco” sobre la busca de atención a la salud de su población.

Una visión vivencial que permite poner énfasis en la importancia de las políticas de salud, accesibilidad, minorías y calidad de atención, y, asimismo, una mejor comprensión y reflexión sobre cómo la organización del sistema sanitario del país afecta al cuidado humano y al derecho a la vida en las mejores condiciones posibles.

## METODOLOGÍA

Investigación del sistema de salud brasileño, desde la perspectiva del paciente, a través de relatos narrativos elaborados por un médico de cabecera. Relatos sobre algunas situaciones clínicas, del día a día, de la atención sanitaria en escenarios diferentes.

Los relatos narrativos permiten nuevas interpretaciones de quien cuenta su historia, con sus visiones del mundo (Grossemán) y permite la integración dialógica entre sujetos, contextos e ideologías (Favoretto).

## RESULTADOS

Desde la perspectiva del autor, como médico de cabecera con experiencia en atención pública y privada, se presentan relatos narrativos sobre las posibilidades de acceso y atención en el sistema sanitario brasileño en algunas situaciones importantes y frecuentes:

### Situación 1 – “*Mi bebé tiene disnea, ¿qué hago?*”

*“Para una evaluación inicial, lo más fácil es si tiene un seguro de salud que generalmente están formados por aseguradoras, cooperativas médicas, u otros tipos de medicina de grupo y que cuesta caro. Si tiene, puede usted llamar para pedir una cita con el médico de su hijo, que puede ser un médico de cabecera o un pediatra. Es posible que reciba atención en el mismo día, o en la misma semana, generalmente la secretaria del médico le dará una respuesta, según la flexibilidad de la agenda que establezca cada profesional. Si cree que necesita atención inmediata, y no desea esperar una cita, puede ir directamente*

*a un centro de emergencia o a un hospital privado. Por lo general, tendrá que esperar un tiempo razonable para recibir atención hospitalaria.*

*¿No tiene un seguro de salud? Puede intentar obtener una consulta en una de las clínicas privadas "populares", en las que los pacientes pagan las consultas ambulatorias a las clínicas directamente desde su bolsillo. El precio es más asequible, pero si el médico solicita exámenes, es también el paciente quien paga.*

*¿No puede pagar por una consulta y necesita usar el sistema público? En tal caso el acceso al sistema dependerá de la gestión de cada ciudad. Si usted vive en una ciudad que ofrece un acceso fácil, el niño probablemente será evaluado por un equipo de la Estrategia Salud de la Familia (con un médico de cabecera y enfermera) en un centro de salud, y hay una gran probabilidad que sea atendido por un médico en el mismo día. Hay ciudades en que la población puede comunicarse con el equipo de salud a través de aplicaciones telefónicas, pero son casos raros y aislados. Si vive en una ciudad en la que el centro de salud trabaja con el modelo tradicional de citas previas o de atención a las urgencias del día, pero por orden de llegada, tendrá que llegar en torno a las 04h o las 05h de la mañana, aguardar de pie en una fila con el fin de obtener una "ficha" para, tal vez, ser atendida en el día. Si el médico evalúa que es necesario derivar al niño para una evaluación hospitalaria, rellenará un papel de derivación que entregará en la recepción del hospital.*

*En el caso de que no logre una consulta en la atención primaria, otra opción sería buscar atención directamente en un Centro de Urgencias 24h u Hospital. En estos casos necesitará aguardar algunas horas, junto con los casos más graves, para ser atendida. Generalmente en el sistema privado el niño con disnea será consultado por un pediatra en un centro de urgencias. Si la causa es sólo viral, pienso que es más probable que su niño salga con un antibiótico, sin necesidad de ello, en el sistema de atención de urgencia privada que en la atención primaria pública.*

*Por lo demás, siempre es mejor que a su hijo lo atienda un médico que ya conoce y, al tiempo, pueda acompañarlo con revisiones en el futuro. Así mismo hay que tener en cuenta que, por lo que yo veo, en el sistema privado los médicos tienden a ceder más a las presiones de prescripciones y solicitudes de exámenes innecesarios de los pacientes.*

*Si considera que el caso es grave y urgente, y que encima no tiene como llegar a un hospital y necesita una ambulancia para el transporte, la situación varía en cada municipio. Algunos poseen ambulancia para esas situaciones, en otros hay sólo el SAMU, que puede llamar por teléfono y un equipo hará la atención. Y, dependiendo de la evaluación, le transportará a un hospital público de referencia para exámenes y atención, repitiéndose las mismas cuestiones relatadas anteriormente.*

*Si su hijo necesita ingresar en un hospital se puede producir varias situaciones: en el caso de que pague mensualmente un seguro de salud, tiene derecho a atención hospitalaria, con restricciones o complementaciones (copago) dependiendo del tipo de convenio contratado y si no está en el tiempo de carencia. En el caso de que no pague un seguro de salud y además no logren acceso por el sistema público de salud, tendrá que pagar íntegramente los costes hospitalarios que, por ejemplo, para una internación por neumonía en un hospital privado puede costar dos salarios mínimos. Si es algo grave que requiera UCI pediátrica privada, los costes son muy elevados y prácticamente imposible para la familia de clase baja. Igualmente, no hay muchas vacantes para ingresar en un hospital público, depende de la ciudad, y a veces necesitará esperar una vacante en algún otro hospital cercano, pues la mayoría de los hospitales están siempre arriba de su capacidad. No hay tampoco muchas vacantes de UCI pediátrica disponibles. Si tiene éxito (y suerte) en ingresar por el sistema público, la familia no paga nada y todo el tratamiento y medicamento usado durante el ingreso es proporcionado por el SUS. En el supuesto que su hijo necesite una cirugía, dependiendo de la cirugía, hay un largo tiempo de*

espera. *El tiempo de cirugía varía según la organización del sistema público de cada ciudad.*

*Si vive en áreas rurales, tendrá dificultades para obtener atención porque generalmente hay pocos médicos, ya que se concentran más en los centros urbanos. Si forma parte de grupos minoritarios y vive con su niño en una aldea indígena en el Selva Amazónica, por ejemplo, como la etnia Yawanawá, que yo he conocido bien, tendrá que tomar al menos 7 horas en un pequeño barco por el río para llegar al centro de salud más cercano para una consulta.*

*Y si su niño necesita un spray de broncodilatador, como el Salbutamol, por ejemplo, este medicamento forma parte de la lista de medicamentos de las farmacias de los centros de salud y del programa Farmacia Popular, hay pues subsidio del coste de las medicaciones para toda la población, incluyendo pacientes del sistema privado, con medicamentos a precios muy bajos. Sin embargo, no hay garantía de que vayan a conseguir la medicación, pues la gestión y compra de los medicamentos depende de la gestión de cada ciudad. Muchas veces, debido a problemas con la tercerización, hay faltas de medicamentos. Y si es una medicación más cara, de sustancias combinadas, por ejemplo, implica un proceso burocrático por el sistema público que varía según la ciudad. Así que, si no consigue gratuitamente la medicación ni en el Centro de Salud ni por el Programa Farmacia Popular (ya que actualmente hubo una reducción importante en los medicamentos gratuitos por el nuevo gobierno), necesitará pagar y no hay posibilidad de resarcimiento, ni siquiera si tiene un seguro de salud privado.*

*Por fin, si usted trabaja y no puede ir al trabajo para poder llevar a su hijo al médico o para cuidarlo, necesitará un papel de baja médica. En caso contrario, no recibirá el salario correspondiente por el trabajo de ese día y, al final del mes, el sueldo será más bajo.”*



## **Situación 2 – “¿Si tengo una enfermedad terminal y necesito visitas domiciliarias y cuidados paliativos?”**

*“Si vive en una ciudad donde hay equipos de Estrategia Salud de la Familia (ESF) activos, el médico de cabecera del sistema público, que acompaña al paciente ambulatoriamente, también hace consultas domiciliarias junto con el equipo y agentes comunitarios de salud y, en esos casos, tendrá todo el acompañamiento por el sistema público. Pero no hay garantías de que sea tratado/a por el mismo médico siempre. En las ciudades que funciona el Sistema con un médico de familia de la ESF, hay un gran problema de la alternancia de los profesionales, por la falta de incentivos a la fijación del profesional en los equipos y, como secuela, acaban saliendo en búsqueda de mejores condiciones de trabajo. Los médicos están así siempre cambiando de lugar de trabajo, por consiguiente, termina siendo difícil un cuidado longitudinal con los pacientes. Hay también el NASF (Núcleo de Apoyo al equipo Salud de la Familia), con fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos, por ejemplo, que pueden trabajar juntos en el caso.*

*Si tiene algo urgente en casa, hay el sistema de atenciones móviles de urgencia, el SAMU, que también atiende a las personas que tienen convenios, ya que la mayoría de los convenios no tienen un servicio para atender las urgencias domiciliarias. En el caso de necesitar una internación domiciliar y mayor soporte de recursos, ya es más complejo. Hay una política nacional para eso, y algunas ciudades cuentan incluso con equipos de atención domiciliar, pero en la práctica la implementación depende del municipio. Si por el contrario necesita ingresar en un hospital público, tendrá que pasar por una evaluación, un tiempo de espera prolongado y, su ingreso, dependerá de si hay una vacante, pues hubo una pérdida de miles de plazas públicas en la última década. Para algunas enfermedades graves, como tratamiento de ciertos tipos de cáncer y trasplante de médula, aunque muchos convenios no lo cubren, sin embargo, el SUS sí. En relación a las instalaciones hospitalarias, por lo general, en las públicas hay varias personas por habitación, la infraestructura es antigua y está*



*mal mantenida. Mientras que en el sistema privado hay posibilidad de contar con una habitación individual para cada paciente, así como una serie de comodidades para el familiar que le acompaña durante las noches de hospitalización. Sin embargo, al final de la hospitalización, al regresar a su hogar, su médico tendrá dificultades para comprender lo que sucedió en el hospital, porque generalmente no existe un sistema organizado de derivación e informe al médico de cabecera sobre el alta hospitalaria.*

*En el sistema privado hay algunas experiencias aisladas de home-care, pero hay una carencia grande. Además para un adulto que ya tenga alguna enfermedad, o un anciano, entrar en una aseguradora es muy difícil por la evaluación de riesgos, ya que las aseguradoras no quieren pacientes enfermos, prefieren los sanos. El valor de un convenio para un adulto alrededor de 40 años es aproximadamente la mitad de un salario mínimo (dependiendo del tipo y de las condiciones de salud) y para los ancianos, por ejemplo, cuesta más que un salario mínimo (que actualmente es de aproximadamente 220 euros). Otra posibilidad sería pagar por una visita domiciliaria u hospitalización privada, que generalmente es de un valor muy alto e inaccesible para las clases que ganan un salario mínimo. A todo ello, hay que añadir la discusión sobre Cuidados Paliativos entre médicos y familiares, tanto en el sistema público como privado, pues es claro que también necesita avanzar, ya que morir en casa con apoyo del equipo de salud como una opción consciente, todavía no es una realidad frecuente”.*

### **Situación 3 - “¿Si tengo un accidente automovilístico?”**

*“Si tiene un accidente automovilístico en la calle o en la carretera, existe el SIATE que recibe llamadas de emergencia por trauma, realiza la primera atención en la calle para la población - independientemente si tiene dinero o no- y le lleva a un hospital de referencia para la continuidad de asistencia. La hospitalización dependerá de si es por el sistema público o privado. Si necesita*

una cirugía o una UCI, y no hay vacantes en el sistema público, cada día en una UCI es extremadamente costoso.”

#### **Situación 4 – “¿Si me entero que tengo diabetes?”**

*“A través del sistema público, puede hacer un seguimiento con un médico de cabecera y una enfermera a través de la Estrategia de Salud Familiar. No puede elegir al médico del sistema público que lo atenderá, ya que el médico ya está determinado de acuerdo con su dirección. Existe alguna posibilidad de flexibilidad en esta elección, pero no existe una estandarización. Es posible que no tenga un médico en su área, porque hay una escasez de médicos en muchas partes del país en Atención Primaria, especialmente si vive lejos de los centros urbanos. Lo mismo sucede en algunas ciudades grandes, como Río de Janeiro, donde la administración local está recientemente cerrando los centros de atención primaria de salud para abrir centros de urgencia. También hay la posibilidad de recurrir a Las Clínicas populares, son una nueva modalidad que viene creciendo, con las que se conviene un pago mensual bajo para atención primaria con cuotas de analíticas de laboratorio, sin incluir la atención hospitalaria.*

*Para obtener un seguimiento con especialistas médicos como endocrinólogos y nefrólogos, si es necesario, siempre debe pasar antes por la evaluación de su médico de cabecera. Por el contrario, en el sistema sanitario privado puede acudir directamente al especialista, sin la necesidad de acudir a su médico. En el sistema público, dado que los médicos siempre están cambiando los lugares de trabajo, la mayoría de las citas son primeras consultas. Las consultas se programan cada 15 a 20 minutos y no existe una normalización nacional en el sistema de agenda. Si necesita pruebas, en el sistema público no tienes que pagar nada, pero el acceso a las pruebas de mayor complejidad tecnológica, como las tomografías computarizadas y las resonancias magnéticas, es difícil.*

*Si tiene una emergencia y desea un servicio en su centro de salud público, dependerá de su organización local. Algunos centros tienen un equipo de evaluación que realiza una selección, utilizando colores para clasificar la urgencia. No existe una norma sobre cómo acceder a estos casos en el país, cada ciudad tiene autonomía para administrar el acceso de la mejor manera. Y cada cambio de gestión política de la ciudad y del estado, generalmente hay un cambio. Una ciudad en el sur de Brasil, por ejemplo, fue implementada por el Protocolo de Manchester para la evaluación del riesgo, con la capacitación de los equipos a través de esta experiencia canadiense. Pero para los cambios en la gestión local, el protocolo no se mantuvo.*

*Un aspecto común en Brasil es la búsqueda de prácticas integradoras y complementarias. Si desea, por ejemplo, una consulta con un homeópata o acupuntura, puede encontrarla en el sistema público de algunas ciudades, pero es difícil de acceder y también dependerá de la suerte de estar en un lugar bien organizado. Además, el gobierno actual está retirando el acceso a estas prácticas del sistema público.”*

## DISCUSIÓN

Se observó en las narrativas que existen realmente grandes desigualdades en el acceso al sistema de salud. Éste depende de la administración local donde vive la persona, como se ha descrito al respecto en la literatura del sistema de salud descentralizado (Noronha; Paim), y que existe una falta de estandarización nacional en la entrada al sistema de salud. En teoría, como dijimos al principio, todos los brasileños tienen a la salud como derecho fundamental de la humanidad en una atención de calidad y al derecho a la vida en las mejores condiciones posibles (ONU; Brasil, 1988). Sin embargo, en la práctica de la organización actual del sistema de salud brasileño, la salud de los brasileños/as dependerá de donde vivan y si tienen una condición financiera suficiente para acceder a un sistema de salud privado. Por lo tanto, se confirmó la gran diferencia en la facilidad de acceso y la calidad de la atención

entre los sistemas público y privado. Especialmente en el acceso a los hospitales para atención urgente, hospitalización o cirugía, que parece ser uno de los principales "cuellos de botella" del sistema y eso puede afectar el riesgo para la vida de la población.

Para que un sistema hospitalario no se sobrecargue, se necesita una Atención Primaria sólida y de calidad, para poder actuar sobre la prevención y los problemas de salud más comunes. Esto se observó en las narrativas expuestas anteriormente, donde la atención primaria fuerte trabaja con, por ejemplo, los equipos de ESF que acompañan a los niños y pueden evaluar a un bebé con disnea que ya estaba siendo acompañado. O los equipos de salud de atención primaria pueden acompañar a pacientes terminales en domicilio, pues hay una atención de mejor calidad, reforzando lo que la literatura ha estado señalando durante algún tiempo, que la inversión financiera para una Atención Primaria, permite mejores coeficientes relacionados con la calidad de vida (Starfield, 1998). Esto se debe principalmente a la importancia de la longitudinalidad del cuidado y la vinculación para un cuidado más humanizado.

Para la organización de la Atención Primaria, se creó la Estrategia Salud de la Familia (ESF), que fue muy comentado en las narrativas. La ESF venía creciendo de forma gradual y sostenible, alcanzando una cobertura superior al 60% de la población brasileña, con el avance de la AP y del retorno de la medicina de familia y comunidad (Gusso, 2012). El objetivo era que la ESF fuera el modelo de acceso al sistema de salud, se buscaba así la integralidad, la coordinación del cuidado y la articulación intersectorial. La ESF está compuesta por equipos: con profesionales de salud (médico generalista, enfermería y equipos de salud bucal), responsables del cuidado de familias que viven en un determinado conjunto de calles, compuestas también por los llamados "agentes de salud de la comunidad", que son personas que viven en la propia comunidad y que forman parte de los equipos, algo innovador en el sistema brasileño (Mendonça, Sampaio in Gusso, 2012).

Los estudios mostraron que con el aumento de la ESF (10%) hubo reducción de la mortalidad infantil (4,6%), controlados los demás factores que influyen en la mortalidad infantil, como también la mejora de la equidad en la población de más bajo quintil en renta familiar (Macinko,2006; Akino). En el Estado de São Paulo, la cobertura por encima del 50% de la ESF mostró un efecto protector en relación a la mortalidad post-neonatal y en los ingresos por neumonía en menores de un año. También se observó una asociación entre la expansión de la ESF y las inequidades raciales en las muertes evitables entre 2000 y 2013, con una reducción del 15,4% en la mortalidad (Hone y cols.). De este modo los resultados muestran que la ESF es una política equitativa (Turci et al .125). A pesar de estos indicadores de impactos positivos, el proceso de consolidación del cambio en la AP en Brasil sigue un camino sinuoso (Gusso, 2012).

Otro problema importante observado fue la falta de profesionales, fuera de los grandes centros urbanos. Sobre todo para grupos minoritarios, que tienen cada vez más restringido el acceso a los servicios. En cuanto a la distribución de médicos en el país, como existe una gran aglomeración en grandes centros urbanos o lugares con un mejor índice socioeconómico, con especialistas concentrados en el sector privado, eso también lleva a desigualdades en el acceso a la salud (Oliveira et al. 2017). Las peores desigualdades sociales se producen en los pueblos que tienen menos acceso a la educación y viven en las regiones del noreste del país, donde hay una gran falta de recursos de salud (Albuquerque et al, 2017). Las regiones del sureste representan la mayor parte de la población cubierta por los seguros de salud. En sus capitales encontramos gran parte de la población con un seguro de salud privado. Algunos estudios han demostrado que la expansión de un sistema público universal está asociada con la reducción de las desigualdades en salud en Brasil, especialmente para las poblaciones más vulnerables (Hone 2013). Sin embargo, en el programa gubernamental actual, no hay referencia a políticas de salud específicas para estas poblaciones.

En los informes narrativos se han descrito distintas situaciones donde las personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas de salud o necesitan esperar mucho para ser atendidas. Como sucede cuando los centros de salud públicos cierran, produciéndose una disminución del número de camas en los hospitales, falta de profesionales de la salud, falta de atención y de medicamentos. Los estudios muestran que la reciente crisis económico-política brasileña afectó al sistema de salud, efecto de la crecida del desempleo, la pobreza, la reducción de inversiones para la red de salud y el aumento de la demanda social, llegando así a los peores resultados de salud en la población (Massuda et al, 2018). Hay estudios que señalan a las políticas de austeridad desarrolladas recientemente en el país, pues éstas pueden afectar el aumento de las desigualdades, especialmente para las poblaciones con mayor vulnerabilidad (Rasela 2018, 2019; Massuda 2018).

Esto refuerza la importancia de mantener efectivo el sistema universal de salud público (SUS), así como su calidad para reducir las inequidades y garantizar el derecho a satisfacer las necesidades básicas de salud de la población, que es también deber del gobierno. Los estudios muestran que el SUS viene proporcionando el acceso a la atención a la salud de la gran mayoría de los brasileños y, como efecto, la reducción de la desigualdades en el acceso a los servicios, aunque aún lejos de su ideario igualitario (Giovanella et al, 2018; Paim et al, 2011). A pesar de las restricciones financieras, el SUS aún es el principal proveedor de cuidado para la mayoría de los brasileños, incluyendo a los que perdieron un plan privado recientemente (Lenharo; Massuda, 2018). En el actual gobierno, existe el riesgo de perder políticas importantes del sistema de salud brasileño, como la asistencia farmacéutica generosa, con distribución gratuita de medicamentos en los centros de salud, o con precios muy bajos a través de la llamada Farmacia popular. Como vimos en las narrativas, algunos de los grandes desafíos para un SUS efectivo son la insuficiencia de recursos, infraestructura, administración local y fijación de profesionales (Massuda et al, 2018, Macinko, 2017).

Este estudio buscó facilitar al lector la perspectiva de los pacientes y sus familiares, con la intención de transmitir la experiencia de aquellos que buscan con háinco el mantenimiento de la salud. Se trata de una invitación a reflexionar seriamente cómo la desigualdad en la distribución de recursos puede causar vulnerabilidad del ser humano. El método de colocarse desde la perspectiva del paciente y de la familia en el itinerario terapéutico, a través de narrativas, puede facilitar la comprensión de cómo la organización del sistema de salud del país impacta en la calidad de la atención y el derecho a la salud y la vida en las mejores condiciones posibles (Cabral, 2011). Por ejemplo, en la narración que cuenta la posibilidad de que una familia no pueda pagar una consulta de un bebé con disnea, cuya consecuencia puede ser no recibir atención médica, o en el relato de un paciente terminal en que no hay muchas posibilidades de ser apoyado por el equipo de salud para morir en el hogar. Todas estas situaciones narradas buscan resaltar también el riesgo de pérdida de autonomía, de dignidad y de conciencia de la importancia del ser humano, y así fomentar lo que puede desarrollarlo y mejorarlo.

Como limitaciones, este estudio utilizó solo informes narrativos de un médico de cabecera y autor del artículo, que puede ser complementado con narrativas de los propios usuarios del sistema y de otras profesiones de la salud. Se sugieren estudios adicionales que incluyan la perspectiva del paciente y su proceso vivencial en busca del acceso al sistema y de la calidad de la atención médica.

## **CONCLUSIÓN**

Concluimos de las narrativas que la organización del sistema descentralizado, con las políticas actuales de salud pública con inequidades en el acceso al sistema sanitario, afecta negativamente la calidad de la atención humana, la vulnerabilidad del ser humano, reduciendo la autonomía y el derecho a la salud en las mejores condiciones posibles en Brasil. El proceso reflexivo desde la perspectiva del paciente a través de las narrativas en este estudio,



**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:  
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos  
narrativos de un médico de cabecera.**

**Marcela Dohms**

<http://doi.org/10.30860/0058>

puede ayudar a aumentar la conciencia pública sobre la importancia de los factores del sistema público que influyen en la atención humana integral y humanizada, tales como: la homogeneidad de los flujos de acceso en el país, los vínculos con equipo de salud mediante seguimiento longitudinal y una atención primaria fuerte. Se sugieren estudios adicionales del proceso vivencial del itinerario terapéutico en el sistema sanitario desde la perspectiva del paciente, y análisis narrativo también de los propios usuarios del sistema y de otras profesiones de la salud.

### **Marcela Dohms**

Doctora en Medicina y Especialista en Medicina Familiar y de la Comunidad

[marceladohms@gmail.com](mailto:marceladohms@gmail.com)

## **REFERENCIAS**

Brasil. Presidência da república. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Noronha, JC., Pereira, TR. Princípios do sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013; 3:19-32

Gragnotati M, Lindelow M, Couttolenc B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Unico de Saude. World Bank Publications 2013.

United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report. New York, NY 2016. Report can be found online at <http://hdr.undp.org>,

Piketty T, Saez E, Zucman G. "World Inequality Report 2018," 2018, HAL. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/halshs-01885458.html>

Massuda A, Hone T, Leles FAG, et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. BMJ Glob Health. 2018 Jul 3;3(4):e000829. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000829

Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006; 30(1):6-14.

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:  
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos  
narrativos de un médico de cabecera.**

**Marcela Dohms**

<http://doi.org/10.30860/0058>

Favoreto CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):473-83.

Paim JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Fiocruz; 2008.

Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University; 1998.

Mendonça CS. Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela atenção primária. In: Harzheim E, coordenador. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Brasília: MS; 2011

Hone, Davide Rasella, Mauricio Barreto, Rifat Atun, Azeem Majeed, and Christopher Millett. Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Affairs* 2017; 36(1):149-158  
Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2016.0966>

Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *J Urban Health*. 2010;87(6):994-1006.

Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, et al. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Cien Saude Colet* 2017;22:1165–80

Albuquerque MV, Viana ALD, Lima LD, et al. Regional health inequalities: changes observed in Brazil from 2000-2016. *Cien Saude Colet* 2017;22:1055–64.

Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C (2017) Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: A national longitudinal analysis. *PLoS Med* 14(5): e1002306. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>

Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9.

Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93.

Giovanella, Ligia et al . Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018;23(6): 1763-1776,

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:  
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos  
narrativos de un médico de cabecera.**

**Marcela Dohms**

<http://doi.org/10.30860/0058>

Paim J, Travassos C, Almeida C, et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778-97. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8

Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015 Jun 4;372(23):2177-81. doi: 10.1056/NEJMp1501140.

ONU. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>.

Cabral, A; Lobo Vianna L., et al . Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2011; 16(11): 4433-4442

Watts J. Brazil's health system woes worsen in economic crisis. *Lancet* 2016;387:1603–4. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30249-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30249-5)

Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C (2018) Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 15(5): e1002570. doi:10.1371/journal.pmed.1002570

Rasella, Davide et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities *The Lancet*, Volume 382,(9886): 57 - 64

Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. 2015;372(23):2177–81.

Santos NR. [The Brazilian Unified Health System (SUS), State Public Policy: its institutionalized and future development and the search for solutions]. *Cien Saude Colet* 2013;18:273–80.

Doniec K, Dall'Alba R, King L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. *The Lancet* 2016;388:867–8.

Bahia L, Scheffer M, Poz MD, et al. Private health plans with limited coverage: the updated privatizing agenda in the context of Brazil's political and economic crisis. *Cad Saude Publica*. 2016 Dec 15;32(12):e00184516. doi: 10.1590/0102-311X00184516.

Soares I; Sulpino F., Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. saúde coletiva*, 2018;23(7):2303-2314, .  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018> Available  
<https://scielosp.org/article/csc/2018.v23n7/2303-2314/pt/>

**Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño:  
desde la perspectiva del paciente, a través de relatos  
narrativos de un médico de cabecera.**

**Marcela Dohms**

<http://doi.org/10.30860/0058>

**Cómo citar este artículo:**

Dohms, M., “Una visión vivencial del sistema sanitario brasileño desde la perspectiva del paciente, a través de relatos narrativos de un médico de cabecera” *Folia Humanística*, 2019 (13): 34-52. Doi: <http://doi.org/10.30860/0058>

© 2019 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.