

SISTEMAS DE SAUDED EN SUDAMÉRICA DO SUL

RETOS Y RESISTENCIAS EN DEFENSA
DE LOS SISTEMAS UNIVERSALES



Organización:
Regimarina Soares Reis
Letícia Batista da Silva

Sistemas de salud en Sudamérica: retos y resistencias en defensa de los sistemas universales

Organización:

Regimarina Soares Reis
Letícia Batista da Silva

Rio de Janeiro
2025

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Mario Moreira

Vicepresidente de Medio Ambiente, Atención y Promoción de la Salud

Hermano Albuquerque de Castro

Vicepresidente de Educación, Información y Comunicación

Cristiani Vieira Machado

Vicepresidente de Gestión y Desarrollo Institucional

Juliano de Carvalho Lima

Vicepresidente de Investigación y Colecciones Científicas

Maria de Lourdes Aguiar Oliveira

Vicepresidente de Producción e Innovación en Salud

Marco Aurelio Krieger

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Directora

Anamaria D'Andrea Corbo

Vicedirectora de Investigación y Desarrollo Tecnológico,

Monica Vieira

Vicedirectora de Educación e Información

Ingrid D'avilla Freire Pereira

Colectivo de Gestión y Desarrollo Institucional

Adriana Ricão

Geandro Ferreira Pinheiro

Pedro Henrique de Castilho

CONSEJO DE POLÍTICA EDITORIAL

Ana Cristina Gonçalves Vaz Dos Reis

Daniel Santos Souza (Coordinador adjunto)

Gilcilene de Oliveira Damasceno Barão

Helena Maria Scherlowski Leal David

Isabela Cabral Félix de Sousa

José Victor Regada Luiz

Luíz Mauricio Baldacci (coordinador)

Maria Teresa Cavalcanti de Oliveira

Paulo Cesar De Castro Ribeiro

Derechos reservados © 2024 de los autores.



“Atribución no comercial (CC BY-NC): Esta licencia permite a otros remezclar, adaptar y crear a partir de la obra con fines no comerciales. Aunque las obras derivadas deben acreditar la autoría y no pueden utilizarse con fines comerciales, los usuarios no están obligados a licenciar las obras derivadas en los mismos términos.» Licencia disponible en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.pt-br>.

Derechos de esta edición reservados a la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz, en los términos de la licencia Creative Commons aquí utilizada y en consonancia con la Política de Acceso Abierto al Conocimiento de Fiocruz, disponible en: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/portaria_-_politica_de_acesso_aberto_ao_conhecimento_na_fiocruz.pdf.

Los conceptos desarrollados en este libro son responsabilidad única y exclusiva de los autores.

CRÉDITOS

Traducción y revisión de textos: DMB Soluções Integradas LTDA

Edición y preparación de originales: Gloria Regina Carvalho

Proyecto gráfico, diagramación y portada: José Luiz Fonseca Jr.

Normalización de las referencias bibliográficas: Marluce Antelo

Catálogo na Fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234 / Renata Azeredo CRB-7 5207

R375s Reis, Regimarina Soares
Sistemas de salud en Sudamérica: retos y resistencias en defensa de los sistemas universales / Organização de Regimarina Soares Reis e Letícia Batista da Silva. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2025.

157 p.

ISBN: 978-85-5457-022-4

1. Sistemas de Salud. 2. Administración de los Servicios de Salud. 3. Recursos Humanos. 4. Atención Primaria de Salud. 5. Capacitación Profesional.

I. Silva, Letícia Batista da (Org.). II. Título.

CDD 362.1

SUMÁRIO

Presentación	6
Los organizadores	
CAPÍTULO 1	
Gestión de la Salud en América del Sur: cuestiones urgentes y persistentes	9
Regimarina Soares Reis Letícia Batista da Silva	
CAPÍTULO 2	
Salud, desigualdad y financiación: la mezcla público-privada brasileña y el potencial redistributivo del SUS	42
María Luiza Levi	
CAPÍTULO 3	
Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur	57
Ligia Giovanella Suelen Carlos de Oliveira	
CAPÍTULO 4	
La formación de técnicos de la salud en América del Sur: nuevos enfoques a partir de viejos hallazgos	89
Anakeila de Barros Stauffer Marcela Alejandra Pronko	
CAPÍTULO 5	
La formación de técnicos de atención primaria en Ecuador: un relato de una experiencia	111
Nestor Eduardo Casañas Velastegui	
CAPÍTULO 6	
Los invisibilizados y su sombra Estudio de caso: Los “técnicos idóneos” en Medicina Nuclear en Argentina (2018-2024)	129
Carlos Gerardo Einisman Marcela Alejandra Pronko	

Presentación

Los sistemas de salud tienen una organización dinámica, un funcionamiento complejo y están en constante transformación en consonancia con las relaciones políticas, económicas, sociales e institucionales que conforman la sociedad. Las dinámicas coyunturales y estructurales, así como los retos sociosanitarios contemporáneos, se expresan en la forma en que los sistemas de salud responden a las necesidades y demandas de salud de la población.

Además de las cuestiones históricas que delinear el conocimiento, las reflexiones y el análisis crítico de los sistemas de salud, es innegable que la pandemia de covid-19 ha revelado elementos que profundizan crisis existentes, que repercuten en la gestión de los sistemas sanitarios y en el trabajo en salud, especialmente en el trabajo de los técnicos de salud, históricamente subordinados. En este proceso surgen contradicciones, fortalezas, retrocesos, estrategias organizativas, nuevos arreglos, que deben ser comprendidos.

Los siguientes textos constituyen una colección que busca colaborar con esos esfuerzos, arrojando luz sobre los sistemas de salud, especialmente en términos de organización, financiamiento y fuerza laboral, con especial énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS), debido a su reconocido carácter estratégico para la gestión de los sistemas y servicios de salud. La perspectiva de esta publicación es contribuir al debate en curso sobre las respuestas a las necesidades de salud, así como apoyar la formación de los trabajadores de la salud en la región de las Américas, ya que se produce en el ámbito de la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) como Centro Colaborador de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

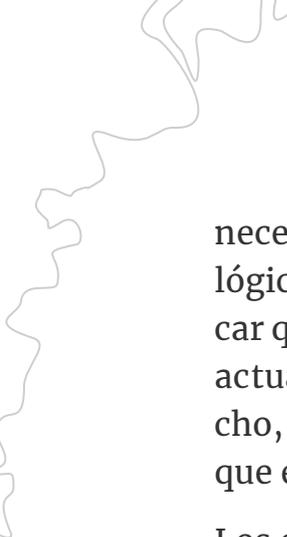
De este modo, para proporcionar un abordaje didáctico, crítico e informativo de los temas estratégicos en el campo de la gestión de los sistemas de salud, hemos logrado la colaboración de profesores e investigadores de la EPSJV/Fiocruz, de la Escuela Nacional de Salud Pública (Ensp/Fiocruz), de la Universidad Federal del ABC Paulista de Brasil (UFABC), del Instituto Superior Tecnológico Liceo Aduanero (ISTLA) de Ecuador y de la Universidad Nacional de Tres de Febrero (PEP-UNTREF) de Argentina. A quienes agradecemos su disponibilidad y reconocemos su relevante contribución.

La colección consta de dos bloques temáticos. El primer bloque, con tres textos, se refiere a las dimensiones político-económica, estructural y de gestión de los sistemas de salud. En este bloque, el primer texto analiza cuestiones persistentes y urgentes sobre la gestión de la salud, mencionando brevemente afinidades en la región sudamericana y profundizando en las particularidades de Brasil. El segundo es una reflexión crítica sobre la relación entre financiación de la salud y las desigualdades sociales, en el contexto del potencial redistributivo del Sistema Único de Salud (SUS) y de la discusión sobre la mezcla público-privada en el sistema de salud. A continuación, se presenta un texto que discute los retos y perspectivas para la implementación de la APS integral en los sistemas públicos universales de salud de los países de América del Sur, abordando las concepciones y características de la APS en la región y analizando las políticas y programas de las dos décadas de 2000. El segundo bloque temático, también con tres textos, aborda la formación y el trabajo en el contexto de los sistemas de salud. El primer texto presenta una descripción analítica y comparativa de los trabajadores técnicos – en términos de su formación y de su papel en el sistema de salud – en los países de América del Sur, el capítulo siguiente relata una experiencia de formación de técnicos de APS en Ecuador – a la luz de la organización del sistema de salud del país – y el último capítulo presenta un estudio de caso sobre la situación de los trabajadores de Medicina Nuclear en Argentina, con la discusión de un escenario complejo en términos de su constitución y de los intereses involucrados.

Al centrar este debate en los países sudamericanos, además de plantear cuestiones de trabajo técnico, la elección ético-política pretende arrojar luz sobre las interacciones entrecruzadas entre los sistemas de salud y las dinámicas de los países capitalistas dependientes. Dichas interacciones son aún desproporcionadamente visibles, dada la complejidad y centralidad de la cuestión para la región y para el debate internacional sobre los sistemas de salud.

Lejos de buscar abordar y agotar exhaustivamente los temas bajo análisis, esperamos que con esta producción sea posible reunir, disponer y difundir recursos capaces de apoyar la praxis de defensa de la salud como derecho.

Esta colección presenta producciones textuales que son el resultado de experiencias y estudios independientes de los autores, por lo que no



necesariamente tienen una articulación o continuidad teórico-metodológica entre ellos en la forma de los escritos. Sin embargo, cabe destacar que los capítulos mantienen el compromiso de presentar un debate actualizado sobre los modelos político-económicos, la salud como derecho, la formación y el trabajo en salud, desde el contexto sudamericano, que es lo que justifica este trabajo.

Los organizadores

CAPÍTULO 1

Gestión de la Salud en América del Sur: cuestiones urgentes y persistentes

Regimarina Soares Reis

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Letícia Batista da Silva

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Universidade Federal Fluminense - UFF

Introducción

El término “gestión” abarca un amplio y profundo significado, el cual ha sido desarrollado y asimilado por diversas áreas de la vida y el trabajo contemporáneos. En una perspectiva general, según Gaulejac (2007), la gestión es un sistema de organización del poder. Por lo tanto, se destaca la centralidad que la gestión tiene en las decisiones y direcciones que deben seguir las instituciones, organizaciones, procesos de trabajo y personas, siendo fuertemente influenciada por componentes políticos y económicos que se relacionan entre sí.

En relación entre la economía y la política, entendemos la vinculación entre la producción, circulación y consumo de mercancías en la sociedad capitalista, y las relaciones del Estado representadas por las instituciones gubernamentales (Mendes; Carnut, 2022). Esta conexión es clave para comprender los procesos de gestión de la salud pública como una acción estatal, a pesar de los procesos de externalización de la gestión presentes en las reformas estatales en varios países.

A pesar de lo anterior, una supuesta separación entre las dimensiones política, técnico-científica y administrativa ha influido en el debate sobre gestión y administración, considerándolos campos estructurados y sistemáticos. El discurso de la gestión, predominantemente técnico y enfocado en la productividad administrativa, y alejado de valores e in-

tereses políticos, desempeña un papel crucial en la creación de políticas sociales. Esta noción fragmentada de la gestión, rodeada de un enfoque tecnocrático supuestamente más eficiente y que se presenta como ajeno a los proyectos sociales en disputa, se ha mostrado favorable a la acción política y a los intereses de acumulación de capital.

El enfoque en la normatividad, disciplina y control, así como la centralización del poder en los gestores (directivos) son características que buscan romper la relación entre gestión y política. Esta discontinuidad crearía espacio para una gestión basada en la técnica, respaldada por evidencia científica y no influenciada por disputas de intereses. Esta concepción, influenciada por la administración científica de Taylor a principios del siglo XX, continúa teniendo una fuerte influencia en los modelos de gestión y estilos de gobierno hasta hoy (Campos; Campos, 2008).

La Salud, como campo que involucra múltiples saberes y prácticas interdisciplinarias, ha desarrollado el área de la gestión con el objetivo inicial de conciliar la administración pública y las prácticas sanitarias colectivas. Esto ha resultado en diferentes enfoques en diversos sistemas de salud alrededor del mundo, dando lugar a estructuras organizacionales y modelos de gestión y atención sanitaria adaptados a las particularidades y complejidades del campo.

Con el estímulo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se ha observado la sistematización de un área dedicada a la organización, planificación y gestión de servicios de salud (Campos; Campos, 2008). En la región de las Américas, a principios de la década de 1960, la OPS auspició el desarrollo del método Cendes-OPS, ampliamente reconocido como un hito crucial en el desarrollo de un pensamiento propio, representando la emergencia de una perspectiva específica sobre la planificación como apoyo a la administración pública de sistemas y servicios de salud (Teixeira, 2010).

El presente texto es ensayístico y busca abordar la gestión de la salud como un campo de conocimiento y un ámbito de prácticas que puede proporcionar bases estratégicas para la promoción de la salud como un derecho, siempre y cuando esté intrínsecamente ligado a la estructura histórica que implica el gobierno y la dirección de políticas, sistemas, servicios y procesos de trabajo en salud.

En este sentido, primero delineamos la comprensión de la gestión y la

salud que guían nuestra escritura, luego contextualizamos brevemente las contradicciones en la formación de los sistemas de salud en países de América del Sur y finalmente destacamos cuestiones persistentes y urgentes que requieren la acción de la gestión de la salud en Brasil, teniendo como imagen-objetivo el pacto social solidario que garantiza la salud como un derecho fundamental en el país.

Gestión y Salud: punto de partida

La complejidad es una característica inseparable del campo de la gestión de la salud. Podemos señalar como razones la multiplicidad de objetivos en el área, que no están precisamente definidos; los numerosos procesos de trabajo llevados a cabo por diversas categorías profesionales; necesidades y demandas dinámicas, en constante crecimiento y permeadas por dimensiones éticas, culturales, territoriales, sociales y políticas. Además, la gestión es un lugar de fuerte y constante mediación de la contradicción capital/trabajo. Por lo tanto, el proceso de gestión de la salud, y su manifestación concreta en ‘actuar en el área de la salud’, no es, y no puede ser, una actividad estrictamente técnica. La gestión de la salud siempre se sustenta en un proyecto ético-político de la sociedad, sea o no anunciado de manera consciente y/o transparentemente por quienes la operan. Por lo tanto, ‘hacer gestión’ no es tarea exclusiva de los gestores designados o de otros con funciones claramente gerenciales (Gonçalves; Schraiber; Nemes, 1990).

A la gestión le corresponde elaborar las tecnologías necesarias para organizar políticas, planificación y trabajo en salud de manera que conduzcan a instituciones, organizaciones, servicios y procesos de trabajo hacia la producción de salud. Por lo tanto, como un conocimiento capaz de llevar a cabo lo que se ha planificado para la acción en salud, la gestión, junto con la planificación, se convierte en acciones estratégicas para la composición, organización y dinámica de los sistemas y servicios de salud (Schraiber et al., 1999).

La planificación y gestión de la salud son interdependientes, mutuamente determinadas por sus interfaces con los procesos de cuidado producidos en el trabajo en salud. Este, a su vez, plantea cuestiones que componen la problemática con la que los gestores lidian, y opera técnicas y tecnologías de organización, gestión y evaluación propias de la gestión, materializadas en la práctica de sus diversos agentes (trabajadores de la salud directamente implicados en el cuidado y la atención sanitaria).

Frente a esta imbricación de la tríada política-planificación-gestión, resulta inviable la noción de una Gestión de la Salud restringida a prescripciones técnicas sin ideología y neutra en cuanto a la disputa de proyectos sociales.

Cualquier análisis de salud que considere a estos tres componentes como procesos aislados y elementos desarticulados tiende a reflejar la ideología predominante, fuertemente orientada por un concepto de eficiencia dirigido por el principio de ‘hacer más y mejor con los recursos existentes’. Aunque no siempre esté explicitado, los objetivos políticos y económicos que respaldan esta idea parten de la premisa de que ser más eficiente equivale a reducir costos. Este planteamiento simplista resulta perjudicial para la noción de salud como un derecho universal en un país tan extenso como Brasil, al mismo tiempo que promueve la perspectiva gerencial de la administración privada y sus consignas –competencias, calidad total, ‘producir más gastando menos’, entre otras– imbuidas de enfoques economicistas.

Las crisis cíclicas del capitalismo, el volumen de los presupuestos de políticas públicas de salud y el incremento exponencial de los costos en salud han avivado el debate sobre la eficiencia a nivel internacional, especialmente debido a que en momentos de crisis fiscal, dichos presupuestos suelen ser los primeros candidatos a recortes (Tasca; Benevides, 2022).

En este escenario, las gestiones estrictamente ‘técnicas’ aparecen rápidamente para señalar, basándose en supuestas evidencias ‘neutras’, desequilibrios fiscales y el despilfarro de recursos en la provisión de bienes y servicios públicos. Los defensores de los recortes suelen fundamentar sus discursos en una supuesta equivalencia entre las cuentas del Estado y las de los presupuestos familiares. En resumen, se trata de la idea técnicamente errónea de que el Estado no puede gastar más de lo que recauda. Esto ignora que el Estado es una institución totalmente distinta a una familia; que los gastos públicos regresan en forma de impuestos; y que los gobiernos tienen la capacidad de aumentar o reducir sus ingresos, a diferencia de lo que sucede con las familias. Este error, con un posicionamiento político claro, recibe respaldo de organismos internacionales y defensores de ideales gerencialistas (Rossi; Dweck; Oliveira, 2018).

Se observa que adoptar otra noción de eficiencia pone en evidencia una vez más la dimensión política y las disputas en torno a la planificación y

gestión de la salud. Al referirse al contexto de costos crecientes y desfinanciamiento del SUS, Marinho y Ocké-Reis (2022) afirman: “Si el concepto de eficiencia se aplica teniendo en cuenta los objetivos y necesidades de la población brasileña en materia de salud, la propuesta de hacer más gastando menos en el SUS parece una broma de mal gusto” (p. 45).

No cabe duda de la importancia de aprovechar de la mejor manera posible los recursos disponibles. Es relevante identificar y corregir las supuestas ineficiencias y desperdicios en la gestión de un sistema de salud. Sin embargo, la noción de eficiencia en salud debe reflejar coherencia con el proyecto sociosanitario actual. También es fundamental comprender que los beneficios obtenidos a través de un ‘mejor uso de los recursos’ no serán suficientes para compensar el déficit de financiamiento que el SUS ha acumulado desde su creación, por ejemplo (Tasca; Benevides, 2022).

Parece que la imagen de ineficiencia financiera del SUS se ha utilizado como la base de una falacia del espantapájaros, donde se desvía la discusión real creando un argumento falso o distorsionado que pasa a ser el centro del debate. Esta estratagema argumentativa allana el camino a la privatización como solución para la supuesta incapacidad del SUS de administrar eficientemente sus recursos. Sin embargo, no hay fundamentos sólidos para respaldar esta opción, dado que el sector privado no supera al SUS en este aspecto. Los modelos privados de prestación y cobertura presentan similitudes con el modelo de mercado de los Estados Unidos, un claro ejemplo global inequívoco de ineficiencia (Tasca, Benevides, 2022).

Las soluciones tecnocráticas, basadas en evidencias e indicadores presupuestarios economicistas (hacer más gastando menos) se apoyan en una ideología neoliberal impulsada por políticas de austeridad fiscal. Estas políticas han incrementado las desigualdades en salud, especialmente en los grupos expuestos a situaciones de vulnerabilidad, al restringir aún más la oferta de beneficios, bienes y servicios públicos mediante recortes para cumplir metas fiscales y llevar a cabo reformas estructurales, a pesar de las necesidades sociales.

Unir eficiencia, eficacia y efectividad tomando como referencia una concepción amplia de salud, las necesidades de salud de la población y una orientación para superar las desigualdades sociales injustas producidas históricamente, señala un camino más resolutivo y ético para la implementación de sistemas de salud universales.

Queda claro que hay diversas perspectivas desde las cuales se puede abordar la problemática de la gestión de la salud, ya sea desde las dimensiones técnico-asistenciales, administrativas, económico-financieras. En este caso, nos centraremos en las cuestiones económico-financieras y, de forma tangencial, haremos referencia a aspectos de la organización del modelo de atención sanitaria. Considerando los problemas prácticos y los dilemas técnico-políticos que se pretenden abordar, para la presente discusión es secundaria la distinción entre gestión y gerencia, tratándose ambas de manera indistinta y teniendo como objetivo común la producción de la salud.

En lo que respecta al concepto de salud, aunque su formulación puede resultar un desafío, coincidimos con Silva, Schreiber y Mota (2019) al afirmar que es fundamental buscar una comprensión conceptual que contemple la complejidad de la vida humana, teniendo en cuenta su relatividad histórica. Así, cada acercamiento al concepto de salud rompe con las limitaciones históricas inmediatas, contribuyendo a su constante evolución. El concepto de salud no es estático, es dinámico y relacional.

Nos referimos a Ayres (2016) y Canguilhem (2012) para respaldar el concepto de Salud que sustenta la comprensión de gestión presentada anteriormente. En primer lugar, entendemos que no es posible definir la salud sin considerar su contexto histórico y social. Es decir, siempre hay un tiempo y un espacio específicos que se toman como referencia para definir las experiencias de salud y enfermedad, por lo que no es viable definir las únicamente desde una perspectiva anatomofisiológica.

Según Canguilhem (2012), la salud implica una relación intrínseca con los 'modos de vida' articulados a las normas de una determinada sociedad. Siguiendo este entendimiento, Ayres (2007, p. 60) describe la salud como "la búsqueda continua y compartida socialmente de medios para prevenir, manejar o superar de manera adecuada los procesos de enfermedad, como indicadores de los obstáculos encontrados por individuos y colectividades en la realización de sus proyectos de felicidad". Por lo tanto, analizar cuáles han sido las formas de vida para la mayoría de la población y cuáles serían estos medios, así como discutir su distribución en la sociedad capitalista, se convierte en un tema fundamental. Como señala Borret (2022), en un país marcado por la jerarquización racial, ¿quién tiene derecho a tener proyectos de felicidad en Brasil?

En este sentido, la salud se considera como la expresión de las condiciones en las que las personas viven y trabajan, siendo este el punto de conexión para la discusión y construcción de sistemas y servicios de salud como respuestas sociales que nos guían. Este enfoque conceptual surge de las críticas al modelo de historia natural de la enfermedad y al modelo biomédico tradicional, que dan centralidad a los factores biológicos y comportamentales para comprender la situación de salud individual y colectiva.

La importancia de los factores sociales y estructurales en la determinación de los patrones de salud de la población se ha materializado en la noción de determinantes de la salud y en la idea de determinación social de la salud, las cuales reconocen que elementos como la clase social, los ingresos, la educación, la ocupación, la raza/color/etnia, el género y el acceso a recursos de salud tienen un impacto significativo en la manera en que las personas experimentan la salud, la enfermedad y la muerte. Es relevante destacar que, a pesar de que ambas aproximaciones abordan el problema de las desigualdades sociales en la producción de inequidades en salud, tienen marcos teóricos y filosóficos distintos en la manera en que explican el proceso salud-enfermedad y las implicaciones entre aspectos biológicos, económicos, sociales y culturales, así como la correlación entre lo individual y lo colectivo (Silva; Bicudo, 2022).

En resumen, la noción de determinantes sociales ofrece una explicación del proceso salud-enfermedad a través de la estratificación de los factores sociales mediados por determinantes estructurales intermedios y distales, sin centrarse en las contradicciones de la sociedad capitalista. Por otro lado, la perspectiva de determinación social de la salud, promovida desde la década de 1970 por la medicina social en América Latina, se basa en el materialismo histórico dialéctico, que aborda la realidad desde la totalidad y las grandes transformaciones sociales e históricas, estableciendo conexiones entre el proceso salud-enfermedad y la dinámica de la producción capitalista (Silva; Bicudo, 2022; Giovanella et al., 2012).

Sistemas de salud en países de América del Sur

Reflexionar críticamente sobre los sistemas de salud en América del Sur implica necesariamente involucrarse en las contradicciones y la historicidad del Estado y la formación social de los países, que conllevan la construcción de políticas de salud y las elaboraciones teóricas subyacentes a ellas.

Un punto crucial resaltado por Temporão (2012) es que los sistemas de salud en países sudamericanos han sido históricamente producidos a partir de la enfermedad como categoría central, y no con un enfoque en la salud. Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela establecieron originalmente sus políticas de salud – de manera más o menos estructurada y con singularidades locales – basadas en la concepción del modelo biomédico para el control de enfermedades endémicas, con un enfoque central en el abordaje de las patologías.

En las últimas décadas, los países de América del Sur han experimentado cambios importantes en términos demográficos, epidemiológicos y en el contexto político y económico, lo que ha alterado el perfil de las poblaciones, las necesidades de salud y los procesos de movilización social en torno a la demanda de un mejor acceso a servicios de salud de calidad. En este panorama, los gobiernos han respondido con reformas e intervenciones en políticas públicas centradas en la ampliación del acceso y la cobertura universal en salud, principalmente en siete países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Uruguay y Venezuela, como señalan Roa, Cantón y Ferreira (2016) en “Los sistemas de salud en América del Sur: características y reformas”.

En esta misma publicación, los autores señalan que en los últimos 30 años estos siete países han reformado sus sistemas de salud, los cuales han adquirido fuerza legal en la mayoría de las constituciones de la región. Estos movimientos históricos se han impulsado en contextos diversos, marcados por dictaduras militares, crisis socioeconómicas y altos niveles de injusticia social.

La propia construcción del concepto de planificación, posteriormente incorporado a las políticas de salud, se originó en un contexto de necesidad de mayor intervención del Estado en sectores de la sociedad en busca de un denominado modelo de desarrollo económico, que tendría como consecuencia la supuesta consecución de derechos sociales.

La planificación en América Latina se desarrolla desde una óptica desarrollista, como una alternativa al aislamiento impuesto por la depresión económica y la Segunda Guerra Mundial, cuando los países comenzaron a luchar por una nueva estrategia de desarrollo nacional

(Frieden, 2008), impulsados por la creación de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud - OMS y agencias internacionales especializadas, como la Organización de las Naciones Unidas - ONU y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (Mattos, 2001). (Jesús et al., 2011, p. 29).

Es evidente que los países sudamericanos presentan diversos procesos culturales, formaciones histórico-sociales, tipos de organización territorial, de políticas y de sistemas de salud, así como diferentes niveles de descentralización. En común, las profundas desigualdades sociales y desigualdades en salud características del capitalismo periférico. A pesar de ciertos avances, han persistido características como la fragmentación en la organización y prestación de servicios y la segmentación del financiamiento, lo que conlleva inequidades e ineficiencias en los sistemas de salud de los países sudamericanos, fenómeno que también se observa de manera amplia en países de América Latina (Giovannella et al., 2012; Roa; Cantón; Ferreira, 2016).

Con la crisis del Estado de Bienestar, culpable del déficit fiscal, y la crisis de deudas públicas, una serie de reformas económicas enfocadas en la privatización y liberalización de los mercados marcó el final de la década de 1980 en los países de América Latina. Aunque en grados diferentes entre los países, estas reformas tuvieron impactos en cambios económicos y políticos. Las directrices del “Consenso de Washington” para los países considerados en desarrollo marcaron la pauta en la década de 1990 para cambios radicales en los ámbitos político, económico e ideológico, con la reaparición del ideario neoliberal en la forma de concebir y actuar sobre las relaciones sociales en el ámbito político-institucional. Se redujo la participación del Estado en la economía, bajo diversas medidas de ajuste estructural basadas en la austeridad. Este fue un período de crisis marcado para los países de capitalismo dependiente, derivado del proceso de endeudamiento externo, que desestabilizó sus economías, con una caída en la producción, aumento de la pobreza y el desempleo y procesos de hiperinflación. En este contexto, los países tuvieron que recurrir a préstamos del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM), que los otorgaban bajo ciertas condiciones reflejadas en las medidas de política económica que tenían como objetivo implementar las políticas neoliberales previstas en el “Consenso de Washington” de 1989. Este fue un hito histórico para el proceso de reestructuración de los Estados nacionales que culminó con la privatización de empresas estatales y

el desmantelamiento de sistemas de previsión social y de salud, procesos que continúan hasta la actualidad (Nakatani; Stocco, 2022).

Este proceso de debilitamiento de las políticas de bienestar social, que aún no estaban completamente implementadas en países de América del Sur ni en otros de América Latina y el Caribe, favoreció un Estado neoliberal que ha tenido, y sigue teniendo, profundas implicaciones en la desconfiguración de los sistemas y políticas de salud pública, como resultado de la mercantilización y financierización del sector.

En consonancia con la transición de un modelo económico de Estado de Bienestar Social a un Estado neoliberal, se destaca la centralidad en la noción de cobertura universal de salud, en detrimento de los sistemas universales de salud. En el primer caso, el Estado se limita a regular los sistemas, separando la financiación y la compra de servicios. En el segundo caso, el Estado es responsable de la financiación, la gestión y la prestación de los servicios de salud, guiándose por el principio de la salud como derecho universal (Göttems et al., 2021).

Al estudiar las reformas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, Göttems et al. (2021) los caracterizan de la siguiente manera: período anterior a 1990, cuando las reformas neoliberales aún no habían ocurrido – predominio de sistemas nacionales, solidarios y regulados –; de los años 1990 a los años 2000, período de amplia implementación del receta-rio neoliberal – sistemas con tendencia a la lógica de mercado, con entrega a la iniciativa privada de la gestión y/o financiación y/o prestación de los servicios de salud –; después de los años 2000 – vuelta a la preocupación por la salud pública, a partir de programas comunitarios, movimientos de regulación y coordinación, pero sin dejar de garantizar una lógica de mercado. Los autores también identifican que si bien los gastos en salud aumentaron durante el período estudiado, la participación de los gastos públicos disminuyó en todos los países de los años 1990 a 2000, un momento histórico de amplia expansión del ideario neoliberal competitivo.

La fuerte retracción del gasto público está determinada histórico-estructuralmente en los países de América del Sur, como parte de los países de capitalismo dependiente de América Latina. La crisis económica de 2008, por ejemplo, es otra manifestación de las contradicciones del capitalismo, donde los países centrales enfatizaron las ya vigentes políticas neoliberales en sus sistemas de protección social, y reforzaron las

críticas y la lucha contra las políticas universales y el Estado de Bienestar Social. Y esta fue una circunstancia más en la que la salud se degradó, con una profundización de la competencia regulada y la comercialización, las tendencias hacia la segmentación y la mercantilización, con un compromiso de la universalidad (Teixeira; Paim, 2018). Para Conill (2014), el contexto recesivo y regulatorio en los sistemas nacionales europeos difumina los contornos de las referencias de solidaridad, gestión pública y prácticas sanitarias para las políticas de salud en América Latina.

El mismo patrón se repite luego de la pandemia de la covid-19, con una dominancia financiera cada vez más evidente. Si al principio los sistemas de salud fueron convocados en una misión solidaria frente a crisis superpuestas en las dimensiones económica, sanitaria y ecológica, simultáneamente las políticas de austeridad les quitaron el aliento. Ahora, supuestamente, para superar una crisis que se atribuye a la pandemia. Sin embargo, aunque es inevitable reconocer el declive económico producido por el contexto pandémico, este no es la causa de la crisis. Según Mendes y Carnut (2022), esta crisis se ha ido acumulando desde la década de 1970, se profundizó en los años 2007/2008 y nos insta a analizar la crisis sanitaria de las políticas y sistemas de salud, siempre articulada con la crisis contemporánea del capital y sus especificidades en países de capitalismo dependiente.

Bajo la dominancia de la financierización, centrada en los rendimientos y no en la producción de bienes y servicios, la captación de una parte cada vez mayor de la riqueza socialmente producida demarca el interés del capital en las últimas dos décadas. Por lo tanto, podemos ejemplificar que en Brasil las clases dominantes detentadoras del capital buscan el fin de la vinculación de los gastos en salud y educación, y la reducción de los servidores públicos, ya que esto se convierte en un medio para la captación y apropiación del fondo público a través de asociaciones público-privadas (Souza et al., 2019).

Aunque existan diferencias entre las políticas y los sistemas de salud, paradigmas similares han orientado la búsqueda de la integración en redes de atención en los países. Esto no significa que los objetivos sean los mismos. Las estrategias adoptadas expresan los valores sociales que respaldan la política de salud, de modo que, en sistemas universales de salud, de seguridad social o de mercado, es el estándar de ciudadanía adoptado el que orientará la finalidad de los modelos y la organización de la atención (Kuschnir; Chorny, 2010; Fleury, 1994).

Por lo tanto, para intervenir considerando la totalidad de la complejidad de los problemas, es necesario observar los obstáculos y desafíos que se presentan de manera estratificada, ya que superarlos implica actuar sobre factores relacionados con la organización directa de los servicios, la asistencia y los procesos de trabajo en salud, así como factores políticos, institucionales, socioeconómicos y culturales.

La gestión de la salud en Brasil: persistencias y urgencias

La base teórica e ideológica para la transformación del enfoque ofrecido a los problemas de salud en Brasil fue generada precisamente durante el período más autoritario y represivo de la dictadura empresarial-militar. Así, en las décadas de 1960 y 1970, el pensamiento médico-social dio origen al marco conceptual para la concepción histórico-estructural de la salud, con los departamentos de medicina preventiva de las universidades como un lugar estratégico de este origen, al realizar una autocrítica al modelo de prevención, centrándose en su base filosófica (ciencias sociales positivistas). Este proceso sentó las bases universitarias para la construcción del movimiento de reforma sanitaria en el país, compuesto por movimientos sociales, estudiantiles, sociedades y asociaciones científicas y de salud pública (Scorel, 1999).

El movimiento transformador de la salud surgió y se articuló en un panorama muy definido: la política de salud hegemónica en ese momento era la mercantilización de la medicina bajo el mando de la Previdencia Social. El movimiento sanitario representaba un pensamiento contrahegemónico que buscaba la transformación del sistema existente, caracterizado por la dicotomía de las acciones estatales, la predominancia de la compra de servicios privados, la modalidad hospitalaria de atención y la corrupción normatizada por la forma de pago conocida como Unidad de Servicios (US) (Scorel, 1999, p. 51).

Con ambigüedades, heterogeneidad, contradicciones, disputas político-partidarias, presiones del sector privado y diversos intereses implicados, es un hecho que, parafraseando a Scorel, ‘hubo un vuelco en la salud brasileña’, cuya comprensión está entrelazada con el origen y la articulación del movimiento sanitario en el país, culminando en la Reforma Sanitaria Brasileña (RSB).

La salud fue consagrada como derecho fundamental en la Constitución Federal de 1988, y sus propuestas se materializaron mediante la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Este es reconocido internacionalmente como una de las mayores conquistas en la lucha social contra la dictadura empresarial-militar en Brasil, incorporando referencias ético-políticas solidarias que sustentan una concepción ampliada de la salud, orientada por la interrelación entre el proceso salud-enfermedad y las condiciones de vida y trabajo, y no meramente por la ausencia de enfermedad.

Dantas (2017) destaca el consenso en la literatura especializada de que fue la fuerza de la lucha de los trabajadores lo que retrasó la introducción de la agenda neoliberal en Brasil durante algunos años. Sin embargo, en poco tiempo se diseñarían mecanismos e instrumentos para hacer frente al impulso privatizador de la salud, que depende de los retrocesos en el alcance y el impacto de los derechos sociales.

Aunque no exento de disputas internas, el SUS fue originalmente propuesto por la RSB no como un punto final, sino como parte de un proyecto social más amplio de carácter civilizador. Sin embargo, esta propuesta se llevó a cabo en un contexto de ajuste macroeconómico, y en contra de los movimientos históricos, políticos, culturales y económicos que estaban en pleno apogeo a nivel internacional, especialmente en América Latina. La era dorada del Estado de Bienestar de la posguerra ya había pasado en el contexto europeo. Por lo tanto, Paim (2009) señala que en la década de 1990 el contexto era hostil al proceso de reforma en Brasil, que estaba más objetivamente subsumido por la construcción de la agenda del SUS.

El espacio de la salud en Brasil es un tema disputado en las agendas políticas, académicas y de los movimientos sociales bajo diferentes prismas, pero con cierta convergencia, hasta la fecha actual, ante la ofensiva neoliberal, la agenda de austeridad, el capital financiero, la apropiación de fondos públicos y el consiguiente avance del proceso privatizador y la reducción de los derechos sociales.

En el debate sobre la salud como derecho, entre aquellos identificados con el movimiento sanitario, persiste la defensa del marco legal de la salud, aunque se reconoce como una victoria parcial, y más recientemente ha requerido una defensa contra la regresión de derechos más que avances propiamente dichos. Además, se mantiene en foco el debate sobre la

necesidad de una radicalización de la RSB, buscando superar la fragmentación y situar el movimiento en la totalidad de la realidad social que la salud integra.

Por lo tanto, comprender el debate sobre la salud y la gestión de la salud en Brasil implica ir más allá de la apariencia de los productos, programas y estrategias derivadas de las políticas formuladas, y buscar desentrañar la esencia de los mecanismos, estructuras, proyectos societales y concepciones ético-políticas que sustentan y engendran estas medidas y procesos.

Con la perspectiva de integrar el campo científico con la lucha por la redemocratización después de la dictadura empresarial-militar, surge en Brasil el movimiento de la Salud Colectiva en las décadas de 1970 y 1980. Considerada genuinamente brasileña precisamente por esta peculiaridad, la Salud Colectiva se constituye en el espacio social que reúne enfoques, estudios y prácticas sobre la transformación del modelo biomédico hegemónico y la desnaturalización de la vida social. Constituye el campo más desarrollado del conocimiento y prácticas de la salud cuando se trata de discutir las interrelaciones entre salud-enfermedad y sociedad (Silva; Schraiber; Mota, 2019).

Al considerar la salud y la enfermedad como la forma en que se manifiesta la vida, se entiende que existen limitaciones históricas para formular un concepto de salud, pero aún puede formularse en la perspectiva de la salud como noción, la salud como lema, la salud como construcción conceptual en curso, con el fin de permitir abordar este objeto, aunque con límites. Aunque diversas, las nociones de salud son convergentes. Es fundamental tener en cuenta que es necesario observar la salud no solo por sus características pragmáticas, operativas y concretas. Desde la perspectiva fundante del campo de la Salud Colectiva, se parte del supuesto de concebir las nociones de salud como representación que necesita ser rearticulada en el contexto sociohistórico, para desnaturalizar las determinaciones de la salud humana (Silva; Schraiber; Mota, 2019). Sin embargo,

En la Salud Colectiva, vemos que hay un intento de crear formulaciones articuladas con lo social y lo histórico. Sin embargo, en la mayoría de los casos, no se alcanza una crítica completa. Algunos elementos de esa lógica relacionados con lo concreto factual, que se presentan

como una racionalidad más formal que dialéctica para entender este concreto factual como real sociedad e historicidad, son reconsiderados. Pero hay una gran dificultad para superar la dimensión empírica de los estudios en favor de una construcción más profunda, como entendemos que son las formulaciones teórico-conceptuales (Silva; Schraiber; Mota, 2019, p. 14-15).

Entendemos que el discurso de la Salud Colectiva pretende ser un analizador crítico de las categorías históricamente producidas de “normal” y “patológico”, aunque todavía lo hace mediado por límites, disputas epistemológicas y enfoques metodológicos. Por lo tanto, no siendo simplemente un neologismo para ‘salud pública’, sino un giro histórico-político-filosófico en la concepción y enfoque de la salud, tenemos buenas razones para traer al centro del debate sobre ‘salud’ y ‘gestión de la salud’ los fundamentos epistemológicos complejos que sustentan las elecciones para la producción de conocimientos y prácticas en el campo de la Salud Colectiva.

Ayres (2023) propone que revisemos las bases filosóficas relacionadas con la forma de entender los fenómenos que estudiamos en las ciencias, y en particular en las Ciencias de la Salud Pública, para (re)constituir y/o (re)crear unidad y sinergia en las áreas del campo.

La perspectiva defendida por este autor es superar la atomización de las diferentes áreas que componen la Salud Pública, así como ir más allá de la lectura disciplinar del campo. Para ello, sería inevitable actuar sobre la relación entre las diversas áreas de la Salud Pública - Epidemiología, Ciencias Sociales y Humanas en Salud y Políticas, Planificación, Gestión y Evaluación - encarnada por la emergencia de una conciencia general de la determinación social de los procesos de salud-enfermedad, renovando afinidades normativo-proposicionales más allá del anuncio de la necesidad de “establecer diálogo” entre las áreas (Ayres, 2023).

El escenario institucional más concreto en el que opera la Salud Colectiva es el SUS, que, aunque tenga consagrados constitucionalmente principios y directrices de solidaridad, su funcionamiento está condicionado por el modelo de desarrollo económico, político e ideológico hegemónicos en la sociedad capitalista. En otras palabras, cualquier análisis del campo, o de un objeto que forme parte de la Salud Pública, como la Gestión, presupone sacar a la luz los engranajes que constriñen y amenazan las reglas básicas del SUS y subvierten la noción de salud como derecho.

La persistencia de una financiación insuficiente de la salud pública como contradicción inaceptable

El SUS es un sistema universal constitucional, que ha sido crónicamente subfinanciado desde su creación y recientemente desfinanciado tras la profundización de las políticas de austeridad. Esta afirmación constituye una contradicción insostenible. Sistemas universales financiados por debajo de sus necesidades anulan su propósito principal: garantizar la salud como derecho para todos los ciudadanos, según sus necesidades sociales, independientemente de su capacidad de pago, su inserción en el mercado laboral o su condición de salud.

El proceso de lucha por proyectos sociosanitarios y recursos presupuestarios de la salud se desarrolla en un contexto de triple carga de enfermedades y transición sociodemográfica, donde coexisten una agenda de enfermedades transmisibles no superada; enfermedades no transmisibles, con un crecimiento exponencial de enfermedades crónicas y problemas causados por causas externas, como la violencia y los accidentes; una transición demográfica acelerada; una población en aumento con respecto a los patrones de fecundidad anteriores; y un aumento de la esperanza de vida. Según Mendes (2008), en 1960, el porcentaje de personas mayores de 65 años era del 2,7%, pasando al 5,4% en 2000 y alcanzará el 19% en 2050, cuando superará el número de jóvenes.

Todo este panorama se compone de forma dinámica, con particularidades regionales y entre los diferentes grupos sociales, lo que exige que la organización de la atención considere las desigualdades en un país con más de cinco mil municipios, la mayoría de ellos de tamaño reducido. Los arreglos de regionalización y organización de la atención en redes se han adoptado como referencia para construir una respuesta social coherente con la realidad que se presenta, pero los desafíos para la gestión de este proceso son numerosos y complejos.

El Informe de la Comisión de Transición Gubernamental (Gobierno de Transición, 2022) presenta un análisis sobre diferentes áreas y políticas de salud, identificando problemas, desafíos e impactos negativos derivados de acciones, políticas y medidas implementadas o descontinuadas. También señala un empeoramiento generalizado en indicadores de salud, como: reducción en la tasa de vacunación; alto índice de reintroducción

de enfermedades como la poliomielitis; disminución de consultas, cirugías, procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados por el SUS, tanto en la atención primaria como especializada y hospitalaria; aumento de hospitalizaciones por desnutrición infantil; estancamiento en la reducción de la mortalidad infantil y aumento de muertes maternas; sumándose a esto, una acumulación de demanda suprimida por el contexto pandémico. Es ante este panorama de las condiciones de salud de la población que se apuesta políticamente por medidas de austeridad fiscal, también llamadas “austericidio”.

Basándonos en Zizek (2012) y Sloterdijk (2012), se puede considerar que esta desconexión entre la retórica constitucional y la práctica de la política de subfinanciación del SUS inmediatamente después de su creación constituye lo que parece ser una razón cínica característica de la política en la modernidad. Se anuncia y publicita una imagen-objetivo con respecto a los derechos sociales, pero la realidad material está lejos de ofrecer condiciones para que tales garantías se cumplan. La desconfianza política y la naturalización del incumplimiento de los derechos sociales pasan a formar parte de la dinámica de la política, la planificación y la gestión.

Esta contradicción entre la promesa constitucional y las condiciones objetivas de materialización del SUS es explícita y es un consenso entre los adeptos a la idea de la salud como derecho en la actualidad, y se reafirmó en la profunda crisis sanitaria vivida con la pandemia de covid-19.

Una grave crisis económica golpeó Brasil en 2019, extendiéndose hasta 2020, período en el que los resultados negativos de la actividad económica se utilizaron para justificar la reducción de derechos de la clase trabajadora. Reformas a la seguridad social, flexibilización de contratos de trabajo, creciente desempleo y recortes en el presupuesto de salud, asistencia social, ciencia y tecnología, educación y cultura produjeron un continuo, regular y devastador ajuste de orden económico y social. Todo ello respaldado por un discurso falaz de una supuesta lucha contra los privilegios, en busca de un Estado más reducido (Granemann, 2021).

Con la pandemia de covid-19, que se declaró en marzo de 2020, la superposición de la crisis económica, política, ambiental, sanitaria y social fue aprovechada por el entonces gobierno federal como una oportunidad para promover la agenda privatizadora favorable al capital, en busca de

acumulación de lucro, mientras que la mayoría de la población vivía atrapada en los límites de su existencia física y material (Granemann, 2021).

Los procesos de precarización de la vida impuestos por la lógica del capital afectan especialmente a la población negra, con énfasis en las mujeres negras, que se ven más afectadas por la carga de enfermedades, inseguridad alimentaria y muerte, lo cual se agravó durante la pandemia. La formación social brasileña está marcada estructuralmente por las relaciones étnico-raciales, y estas deben ser un enfoque central para comprender el desarrollo del capitalismo en el país, caracterizado por la dependencia económica, cultural y política de los países capitalistas centrales, y las políticas sociales bajo la égida del capital (Fernandes, 1975; 2008).

Se espera que las políticas sociales, incluidas las de salud, tengan un efecto redistributivo orientado a reducir las desigualdades sociales. Es decir, el acceso a bienes y servicios no debe estar vinculado a la capacidad privada de generación de ingresos de los individuos. En términos político-organizacionales, esto significa separar la condición de salud de las personas de la posición que ocupan en la sociedad de mercado, y vincularla a la condición de derecho fundamental (Levi, 2016).

Sin embargo, un informe sobre salud producido durante el trabajo del equipo de la transición gubernamental en Brasil reafirma que el país está experimentando una grave crisis sanitaria con un recrudecimiento consiguiente de las iniquidades sociales. Más allá del alrededor de 700 mil muertes por covid-19 (11% de las muertes en el mundo), durante la pandemia se aceleró el desmantelamiento y deterioro del SUS (Gobierno de Transición, 2022). Heredado de décadas anteriores, desde su creación, este proceso de crisis del SUS no comenzó con la pandemia, pero se profundizó de manera inaceptable, produciendo un recrudecimiento de las desigualdades sociales y las iniquidades en la salud en el país.

Es innegable el progreso del SUS en cuanto a la ampliación del acceso, la reducción de las desigualdades y la mejora de los indicadores de salud, sin embargo, desde su inclusión en la Constitución brasileña, nunca se han garantizado las condiciones materiales y objetivas para que se implemente plenamente. La financiación del SUS nunca se ha cumplido según lo previsto, siendo un consenso su subfinanciación histórica debido a la falta de ejecución del Presupuesto de la Seguridad Social, las desvinculaciones presupuestarias, entre otros dispositivos fiscales. Y, más

recientemente, con la normativización de la austeridad mediante la Enmienda Constitucional-95 conocida como Techo de Gastos, se oficializa la desfinanciación.

Este proceso de disputa presupuestaria en torno a las políticas sociales públicas y universales, manifiesto a través de maniobras fiscales, como las exenciones fiscales y la Desvinculación de Recursos de la Unión (supuestamente temporal, pero prorrogada sucesivamente), crea lo que la abogada del Ministerio Público de Cuentas de São Paulo, Élide Pinto, denominó “cinismo fiscal” en el debate sobre el Estado de sitio fiscal en el SUS, promovido por el Centro de Estudios Estratégicos Fiocruz (Meireiros; Gonzaga, 2016). Élide señaló que las restricciones presupuestarias se imponen para lograr resultados económicos primarios que, en la práctica, sólo se aplican a los derechos fundamentales, mientras que los recursos abundan para otros sectores.

Un componente clave de los retrocesos en la financiación sanitaria lo representa el capital financiero. La financierización es el patrón sistémico de acumulación de capital, y el sector sanitario no se ha librado. Sobre la financierización, Ocké-Reis (2018) señala que

Va más allá de la privatización de la salud en términos de infraestructura, la producción y el consumo de servicios y la gestión del sistema. Estas formas de privatización ya eran bien conocidas, estudiadas y denunciadas por el movimiento sanitario. Ahora se trata de una articulación específica entre lo público y lo privado, a través de empresas intermediarias de la asistencia, es decir, instituciones financieras que administran planes de salud y forman parte del juego especulativo de las bolsas. Este proceso va acompañado de la financiación de campañas por parte de parlamentarios y dirigentes del Ejecutivo, de la cooptación de ministros de Hacienda, Planificación, Casa Civil y Salud, así como de la captura de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), es decir, de la ocupación de cargos de dirección de la ANS por empresarios de planes de salud, expresión del circuito entre gestores y técnicos de la burocracia estatal y empresas del sector de la salud (“puerta giratoria”) y de la producción y reproducción de la corrupción (p. 15).

Por lo tanto, es importante señalar que, aunque la subfinanciación histórica y la reciente falta de financiación se destacan a menudo (y necesariamente) en los debates sobre los cuellos de botella fundamentales del

SUS, es esencial tener en cuenta que aumentar/ajustar la financiación no es suficiente. Con esta medida aislada, podríamos sobrecargar a los municipios y aumentar la transferencia de fondos públicos al sector privado, dado que la participación del gobierno federal en la financiación está estancada desde hace mucho tiempo, que el gasto privado está creciendo y que existe un fuerte impulso para consolidar y ampliar un modelo de gestión sanitaria que favorezca la ejecución y la gestión de los servicios por parte de las Organizaciones Sociales de Salud (OSS).

Brasil no gasta poco en salud. Sin embargo, el gasto público es bajo, con una proporción inferior a la de todos los países con sistemas universales. Es una contradicción inaceptable con un sistema universal que la proporción del gasto privado sea superior al gasto público. Además, en Brasil, la mayor parte del gasto privado se compone de desembolsos directos de la población, lo que contribuye al gasto catastrófico de las familias, especialmente en los segmentos más pobres (Souza et al., 2019; Ocké-Reis, 2018).

Por eso, la cuestión de la financiación necesita ser abordada como un desafío político, ya que presupone una redefinición de la articulación público-privada, la participación de los entes federados en la financiación y la articulación con medidas para reducir las injustas desigualdades presentes en los modos de vida y de trabajo de la mayoría de la población.

La urgencia de superar el mito de la privatización como solución a la crisis de los sistemas de salud

El término “mito” aquí se refiere a la idea falsa que presenta una imagen distorsionada de la realidad. Según Tasca y Benevides (2022), uno de los mitos actuales es la creencia de que el sector privado puede evitar el despilfarro derivado de una gestión clínica deficiente, previniendo procedimientos innecesarios y garantizando la seguridad del paciente, siendo mucho más eficiente que la gestión pública del SUS.

En la actualidad, se está viendo una reinvencción de los procesos privatizadores en el sistema de salud pública, donde no se está transfiriendo realmente la propiedad del sector público al privado. Lo que se observa es la expansión de los mecanismos de mercado en el sistema público de salud, lo cual se puede describir como “mercantilización”. Este término indica el creciente dominio de la lógica privada en el SUS. Este mecanis-

mo se está consolidando a través de contratos de gestión entre el sector público y las Organizaciones Sociales de Salud (OSSs). En el municipio de São Paulo, la mayor ciudad de Brasil, donde este modelo de gestión a través de OSSs tiene una larga historia y se está fortaleciendo, en 2017, de las 452 unidades básicas, solo 94 eran administradas por el gobierno (Correia; Mendes, 2023).

Este proceso señala una mayor dependencia del sector privado en relación con los fondos públicos. Ya sea a través de subsidios, la negociación de títulos o la garantía de condiciones financieras para inversiones, los recursos públicos se han transferido de alguna manera para crear valor para el sector privado (Behring; Boschetti, 2009).

En Brasil, las OSSs representan una fuerte expresión de la reforma administrativa del Estado, consolidándose en el SUS como un modelo de gestión de los servicios. La doctrina y prácticas de estas organizaciones se basan en el gerencialismo, una ideología que sostiene que una mejor gestión puede resolver los problemas socioeconómicos. En el ámbito de la gestión pública, esta ideología opera bajo la premisa de que debemos reemplazar a políticos aficionados y poco confiables por administradores profesionalizados. En el gerencialismo se busca hacer más con menos, con el objetivo de garantizar una presunta eficiencia en el sector público y la competitividad del mercado en el sector privado (Moraes; Bahia, 2022).

Esto revela la naturaleza ideológica de la gestión bajo el gerencialismo, que se presenta como racional al tiempo que oculta el proyecto de dominación que la sustenta. Los procedimientos, instrumentos, dispositivos de información y comunicación en los procesos de gestión basados en el gerencialismo transmiten una visión del mundo que se limita al universo de las mediciones matemáticas, donde lo que no se mide no se puede entender; se basa en la racionalidad instrumental, sobre la cual las organizaciones son 'datos' y su objetivo central es mejorar continuamente la productividad y el rendimiento de los trabajadores; y se contradice al pretender ser ahistórico, mientras pretende capturar una realidad social profundamente histórica (Gaulejac, 2007).

A pesar de las promesas, la supuesta mayor eficiencia en la gestión de servicios por parte de las OSSs no está demostrada, y se observan debilidades en la viabilidad de este modelo de gestión, así como en la transparencia de titularidades, procesos de contratación y rendición de cuentas

sobre los servicios prestados en los contratos de gestión (Sánchez-Martínez; Abellán-Perpiñána; Oliva-Moreno, 2014; Andreatzi; Bravo, 2014; Andreatzi; Bravo; Pacheco, 2015).

Un estudio titulado “Censo de organizaciones sociales de salud brasileñas: relevamiento y caracterización” identificó en 2019 más de 1,000 establecimientos gestionados por OSSs en Brasil, operados por 114 organizaciones, principalmente ubicados en las regiones sur y sureste. El estudio señala un aumento de este modelo de gestión a partir de las medidas de austeridad fiscal iniciadas en los años 1990, con un aumento de contratos entre 2014 y 2016 (Barcelos et al., 2022).

Apoyada en paradigmas objetivistas, funcionalistas, experimentales, utilitaristas y economicistas (Gaulejac, 2007), la racionalidad de las OSSs y otros modelos enfocados en la mercantilización de la atención está marcada por la concentración del poder y los recursos financieros del sector público, así como por la subordinación de la salud a cuestiones técnicas de modernización. Hay un alejamiento de la concepción de salud que guía el proyecto original del Sistema Único de Salud (SUS) y el marco político constitucional, lo que plantea desafíos urgentes para una gestión de la salud orientada por las necesidades sociales. Según Krüeger y Reis (2019), como consecuencia de este avance de la lógica privada, vemos la despolitización del SUS como proyecto de salud pública, así como la debilitación política de la gestión estatal pública y la desarticulación de los trabajadores, sometidos a frágiles modelos de contratos en este escenario.

Además, la presencia de la lógica privada, autorizada por la Constitución, aunque histórica, se ha actualizado a través de estrategias que aseguran el lucro incluso en tiempos de crisis. Un ejemplo de esto es el movimiento de las cadenas farmacéuticas para llevar a cabo vacunaciones, pruebas diagnósticas y tele consultas (Brasil, 2022), impulsado por el contexto de la pandemia; así como la acelerada expansión de las clínicas supuestamente populares, que ofrecen principalmente consultas y exámenes a precios más bajos que los del mercado (Jurca, 2018; Campos et al., 2023).

Como ejemplo, un análisis realizado en el Área de Planeamiento 3.1 de Río de Janeiro (que incluye barrios periféricos del norte de Río de Janeiro: Bonsucesso, Maré, Ramos y Mangueiras) reveló la presencia de 293 establecimientos de salud. De estos, el 83% pertenecen al sector privado y, en su mayoría, son consultorios individuales o clínicas ‘populares’ que ofrecen

servicios a precios más accesibles que los del mercado, enfocándose en los segmentos más desfavorecidos de la población que no tienen acceso a seguros privados de salud (Roza, 2020; Jurca, 2018; Campos et al., 2023).

Hay una capilarización de los intereses privados y de la racionalidad de la salud como mercancía ahora en segmentos de la población antes excluidos de esta posibilidad, con clínicas “populares” que tienen el beneficio de la aparente resolución, aunque el SUS sea el proveedor realmente responsable de la atención. Estos servicios privados se presentan como una democratización de la salud, especialmente por el acceso a especialidades a precios considerados populares, lo que se hace mediante estrategias masivas para atraer y retener a los clientes que se encuentran en un supuesto vacío entre los planes de salud y el SUS; en realidad, presentan limitaciones para abordar la complejidad de las necesidades de salud, generan sobrecarga en la regulación del SUS al actuar como una doble puerta de entrada, pueden interferir con los flujos de la Atención Primaria y refuerzan la mercantilización de la salud al haber poca regulación para este tipo de servicios del sector privado (Campos et al., 2023).

Además, tenemos el historial de las empresas de seguros médicos que han estado presionando continuamente por una mayor flexibilización de la regulación y un aumento de los beneficios fiscales; la fragilidad de la base de apoyo social y político al SUS - a pesar del impulso que tuvo durante la pandemia -, tenemos un escenario donde las clases medias, los legisladores y los empleados públicos utilizan en su mayoría seguros médicos privados, que suelen ser subsidiados; y se reclama a los trabajadores organizados el derecho a los seguros médicos privados como parte de sus derechos laborales.

Todo esto ocurre en un contexto donde la estructura actual de acumulación capitalista se caracteriza por un dominio financiero. Este enfoque enfatiza la generación de riqueza en los mercados financieros, se centra en las finanzas, da prioridad a los mercados financieros en la gestión económica, promueve la ortodoxia del valor para los accionistas y establece alianzas entre los sectores industriales, financieros y las burocracias estatales. Este modo de capitalismo, en el contexto de la mundialización del capital (Chesnais, 1998), ha determinado la estructuración de las políticas sociales y, por lo tanto, las reinenciones del modo en que el sector privado se manifiesta en la política, la planificación y la gestión del SUS (Braga, 2009; Bahia et al., 2022).

Por lo tanto, una gestión crítica de la salud que se oponga a los procesos de privatización supone, además de luchar por la financiación, discutir y reconfigurar las relaciones público-privadas actualmente establecidas en el SUS; establecer estructuras institucionales y mecanismos regulatorios que atraigan a segmentos de la clientela privada hacia el SUS; y reducir los gastos de los trabajadores, las familias y los ancianos en seguros de salud, servicios médico-hospitalarios y medicamentos (Ocké-Reis, 2018).

Consideraciones Finales

El escenario abordado es complejo y requeriría un análisis mucho más detallado para abarcar todos los aspectos que lo conforman, algo que supera las posibilidades de este capítulo.

Por ahora, para alcanzar el objetivo de este ensayo, enfatizamos que los sistemas de salud son producto de procesos históricos heterogéneos, pero siguen ciertas directrices comunes de la lógica y dinámica del capital; y que los desafíos estructurales de la gestión de la salud en Brasil pueden entenderse como persistentes y urgentes, contextualizados en las reformas que ocurrieron, especialmente en la década de 1990, en países de capitalismo periférico en América del Sur, a la luz de las concepciones de salud y gestión que guían el proyecto socio-sanitario del SUS.

Comprender la totalidad en la que se encuentra la crisis de los sistemas de salud requiere superar interpretaciones simplistas que dividen las cuestiones en compartimentos estancos: público vs. privado, SUS vs. seguros de salud, acciones gubernamentales vs. acciones del sector privado, capital financiero vs. capital productivo. Una interacción bidireccional y la noción de un gradiente entre estos elementos seguramente nos acercarán a una comprensión más auténtica y crítica de estos fenómenos multifacéticos en el interfaz público/privado en la vida diaria de los sistemas de salud (Sestelo, 2018).

El contexto está marcado por retrocesos político-asistenciales, normativos y presupuestarios graves. La falta de recursos para la salud no se resolverá mediante una supuesta buena gestión basada en el logro de metas y el seguimiento de indicadores matemáticos de eficiencia y eficacia, principalmente porque una buena gestión presupone disponer de financiación adecuada de antemano. Necesitamos dedicar tiempo, estudio y acciones para abandonar el argumento de 'hacer más con menos'.

Las estructuras políticas, económicas y sociales determinan los patrones de enfermedad y muerte, por lo tanto, las desigualdades en salud no son accidentales, sino el resultado de prácticas y estructuras sociohistóricas injustas que perpetúan inequidades y marginan a grupos poblacionales que no tienen acceso a las riquezas generadas por el trabajo.

A través de la gestión, se ponen en marcha mecanismos y procesos para brindar asistencia a la población que cumpla con los principios ético-políticos y técnico-científicos que guían el proyecto de salud y sociedad en curso. Sin embargo, para cumplir con esta premisa hacia la transformación de los sistemas de salud y la producción de la salud como un derecho, es necesario politizar la gestión, asumiendo su historicidad dialéctica y, por lo tanto, su orientación por valores societales en conflicto. La gestión sanitaria no puede realizarse de forma aislada de la política, ya que muchos de los factores que la influyen tienen su origen fuera del ámbito sanitario directo. Después de todo, las lecturas fundacionales en la Salud Colectiva nos han enseñado desde hace tiempo que la salud es un proceso social, y no meramente una cuestión de presencia o ausencia de enfermedades.

La idea de una gestión tecnocrática y ahistórica, subordinada a principios de eficiencia y eficacia economicista, sea en la macro, meso o micropolítica, favorece un proyecto social basado en valores incompatibles con la tarea de los sistemas de salud universales. El concepto de salud que ha guiado el debate sobre la eficiencia en los sistemas de salud, especialmente durante las crisis, es el de la salud como mercancía, subordinada a la cuantificación. Por lo tanto, en sistemas de salud guiados por la lógica de la salud como un derecho fundamental, es necesario reafirmar que el propósito principal de la gestión es la producción de salud, y alejarse de perspectivas pragmáticas, aparentemente no ideológicas, que tienen un énfasis exacerbado en la primacía de la técnica y la modernización.

La gestión de la salud pervierte su objetivo cuando favorece una visión del mundo centrada únicamente en la optimización de los recursos financieros, materiales y humanos. “...El ámbito propio de la planificación y gestión radica en articular lo político con lo técnico-científico en la producción de la atención de salud” (Schraiber et al., 1999, p. 10). Se trata de perseguir el propósito negociado en el seno de una colectividad. En el caso brasileño, el pacto solidario por la salud como un derecho fundamental para todos y un deber del Estado.

Enfrentar los desafíos de la financiación, las relaciones público-privadas y los modelos de organización de la atención a la salud constituyen la red que denominamos persistencias y urgencias en una agenda de gestión de la salud comprometida con los principios de la justicia social.

Este proceso multifacético en el que la gestión de la salud está involucrada no puede entenderse pasando por alto la dinámica de dominancia financiera en la salud. Actualmente, esta perspectiva adquiere mayor relevancia en los análisis, ya que si la acumulación financiera ya está establecida históricamente en la asistencia, recientemente se ha expandido asumiendo nuevas formas de lucro incluso en tiempos de crisis basadas en:

[...] la ideología de segmentación socio-ocupacional de la demanda y la organización de la oferta de acuerdo con la capacidad de pago del usuario [...] El principal cambio estructural ocurrido en el periodo, sin embargo, no fue un cambio cualitativo en el nivel de capitalización de las empresas médicas, sino la incorporación por parte de empresas no financieras establecidas en el sector de la lógica de las relaciones financierizadas determinadas por la forma de ser del capital en el siglo XXI (Sestelo, 2018, p. 05).

En el momento histórico de esta escritura, estamos en proceso de reemplazar el Límite de Gastos (EC-95) por un Nuevo Marco Fiscal como nuevo instrumento presupuestario-financiero. Sin embargo, si bien el SUS ha salido del encasillamiento absoluto, con la nueva propuesta no alcanzaremos las condiciones para que el sistema de salud funcione adecuadamente como un sistema universal de salud. Los gastos sociales seguirán limitados por reglas complejas y dependerán de nuevas fuentes de ingresos, además de no contar con disposiciones previstas para situaciones de crisis, como si la experiencia de la pandemia no hubiera dejado ningún legado para la lógica de financiación y sostenibilidad del SUS (Cunha, 2023).

En esta encrucijada entre la crisis del derecho a la salud y la crisis contemporánea del capital, es evidente que para hacer frente al SUS constitucional se necesita una agenda inmediata para aumentar los recursos, de modo que sean proporcionales a la magnitud de la tarea, implementando un marco fiscal que garantice la financiación pública de la salud y demás áreas sociales, incluso en momentos de crisis intensificadas. Y, inevitablemente, necesitamos un debate amplio sobre cómo revertir los procesos de pri-

vatização do SUS, centrándonos en el problema de la tercerización de la gestión; y debemos hacerlo de manera conjunta con un debate para crear condiciones de trabajo dignas en el SUS, construyendo modelos de gestión que ofrezcan a los trabajadores de la salud una perspectiva de carrera. Estas son condiciones necesarias para avanzar hacia una gestión de la salud verdaderamente comprometida con las necesidades de la mayoría de la población brasileña dentro del marco de un sistema de salud universal.

Referencias

ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; BRAVO, Maria Inês S. Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 499-518, 2014. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/qTrtsRNKVsWJbMVR-ghXN93q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

ANDREAZZI, Maria de Fátima S.; BRAVO, Maria Inês S.; PACHECHO, Jonathan. Novos agentes econômicos fomentados pela contrarreforma liberal na saúde: um panorama das Organizações Sociais atuantes no município do Rio de Janeiro, Brasil. In: BRAVO, Maria Inês S. *et al* (org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Uerj- Rede Sirius, 2015. p. 61-67.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. A Saúde Coletiva e suas áreas: territórios ou aldeamentos? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 27, e220520, 2023. <https://doi.org/10.1590/interface.220520>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zcTTqBxVwqTVyCbhgNYCDBf/?lang=pt>. Acesso em: 7 set. 2023.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Georges Canguilhem e a construção do campo da saúde coletiva brasileira. **Intelligere: Revista de História Intelectual**, São Paulo, v. 2, n. 1, 2016. <https://doi.org/10.11606/issn.2447-9020.intelligere.2016.115732>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revistaintelligere/article/view/115732>. Acesso em: 7 set. 2023.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

BAHIA, Ligia et al. Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, e00004420, 2022. Suplemento 2. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004420>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bG4FMQpwfnGs99fmPYHhrJR/#>. Acesso em: 10 set. 2023.

BARCELOS, Catarina O. G. et al. Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, São Paulo, v. 14, p. 15-30, 2022. Suplemento 1.

BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete. Capitalismo, liberalismo e origens da política social. In: BEHRING, Elaine R.; BOSCHETTI, Ivanete (org.). **Política social: fundamentos e história**. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2009. p. 47-81.

BORRET, Rita Helena do Espírito S. E se Dona Violeta fosse uma mulher negra? reflexões a partir de “o cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 3.969-3.973, out. 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022710.22452021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CpsWrwfZV436MhRQQcgqHwd/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRAGA, José C. Crise sistêmica da financeirização e a incerteza das mudanças. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 23, p. 89-102, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142009000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/zMvLSDKKGkdTf4VhC9ch7G6c/abstract/?lang=pt#ModalTutors>. Acesso em: 4 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 009, de 27 de abril de 2022**. Recomenda a rejeição de emenda e de substitutivo apresentados ao PL nº 1998/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/aceso-a-informacao/legislacao/recomendacoes/2022/recomendacao-no-009.pdf/view>. Acesso em: 5 maio 2023.

CAMPOS, Douglas M. et al. Processo de trabalho em Clínicas Populares de Saúde na perspectiva de médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 27, p. e220330, 2023. <https://doi.org/10.1590/interface.220330>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cHrvVWzVfKb9Q4MWskGjmwC/>. Acesso em: 4 nov. 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner S.; CAMPOS, Rosana Teresa O. Gestão em saúde. In: PEREIRA, Isabel B.; LIMA, Júlio César F. (org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 231-235.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CHESNAIS, François. Introdução. In: CHESNAIS, François. **A mundialização financeira: gênese, custos e riscos**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 11-33.

CONILL, Eleonor M. A importância da continuidade dos sistemas nacionais europeus para as políticas de saúde na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2253, 2014. <https://doi.org/10.1590/0102-311XED011114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/antnS7KFJPrbBpWNRzPBCsbj/?lang=pt>. Acesso em: 29 ago. 2023.

CORREIA, Daniele; MENDES, Áquilas. O Fundo de Saúde e sua apropriação pelas Organizações Sociais no município de São Paulo. **Saúde Debate**, São Paulo, v. 47, n.137, p. 76-89, abr./jun. 2023. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7962>. Acesso em: 18 jul. 2023.

CUNHA, Jarbas Ricardo A. Quais as consequências da aprovação do novo arcabouço fiscal para o SUS? **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 12, n. 2, p. 9-12, 2023. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1036>. Acesso em: 10 set. 2023.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health stockholm**. Institute for Future Studies, 1991.

DANTAS, André V. **Do socialismo à democracia: tática e estratégia na Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1991.

FERNANDES, Florestan. **A integração do negro na sociedade de classes**. São Paulo: Globo, 2008. (O legado da raça branca, v. 1).

FERNANDES, Florestan. **Capitalismo dependente e classes sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FLEURY, Sonia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

GAULEJAC, Vincent. **Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social**. Aparecida, SP: Ideias e Letras, 2007.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Sistemas de salud em América del Sur. In: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (org.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad**. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012. p. 21-69.

GONÇALVES, Ricardo Bruno M.; SCHRAIBER, Lilia B.; NEMES, Maria Inês B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, Lilia Blima (org.). **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 37-63.

GÖTTEMS, Leila Bernarda D. *et al.* As reformas dos sistemas de saúde da América Latina: influências neoliberais e desafios aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4.383–4.396, out. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11192021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PZrpLj6TvBJRNrTvrJkZXgK/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 4 nov. 2024.

GOVERNO DE TRANSIÇÃO. Gabinete de transição governamental. **Relatório Final**. Brasília, dezembro de 2022.

GRANEMANN, Sara. Crise econômica e a covid-19: rebatimentos na vida (e morte) da classe trabalhadora brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00305>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/VqhBxrX6GWp7LhbNLPWWxYH/#>. Acesso em: 10 maio 2023.

JESUS, Washington Luiz A. *et al.* Planificação em saúde na América Latina: uma construção histórico-social. In: JESUS, Washington Luiz A; ASSIS, Marluce Maria A. (org.). **Desafios do planejamento na construção do SUS**. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 29–59.

JURCA, Ricardo L. **Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo**. 2018. 227f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2018.

KRÜGER, Tânia Regina; REIS, Camila. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 135, p. 271–289, 2019. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2.307–2.316, ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YWH9n3DqK6wRwB8VLdvpZYG/>. Acesso em: 4 nov. 2024.

LEVI, Maria Luiza. Sistema de saúde no Brasil: redistributividade no modelo de financiamento e provisão. **Revista Parlamento e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 33–63, jul./dez. 2016.

MARINHO, Alexandre; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o debate em torno da eficiência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2022.

MEDEIROS, Luiza; GONZAGA Vitória Régia. É falso o discurso único de que *não há alternativas ao corte de gastos públicos para conter a crise, afirmam pesquisadoras*. **CEE-Fiocruz**, 18 ago. 2016. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/428>. Acesso em: 10 maio 2023.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. A política do capital em crise e o desmonte recente da saúde pública no capitalismo dependente financeiro. In: FILIPPON, Jonathan; SODRÉ *et al* (org.). **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectiva da economia política**. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 56-95.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2008.

MORAES, Leonardo; BAHIA, Ligia. Organizações sociais de saúde: intersecções entre o gerencialismo, a terceira via e terceiro setor. In: FILIPPON, Jonathan *et al*. (org.). **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectiva da economia política**. São Paulo: Hucitec, 2022. p. 148-174.

NAKATANI, Paulo; STOCCO, Aline F. Austeridade e crise nas últimas décadas. In: FILIPPON, Jonathan *et al*. **Capitalismo, austeridade e saúde no Brasil: perspectivas da economia política**. São Paulo: Editora Hucitec: 2022. p. 29-55.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Sustentabilidade do SUS e renúncia de arrecadação fiscal em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2.035-2.042, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fpzPVyhXgvk9SpDLSRxmYqh/>. Acesso em: 7 set. 2023.

PAIM, Jairnilson S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 68-75, jan./abr. 2009.

ROA, Alejandra C.; CANTÓN, Gerardo A.; FERREIRA, Mariana Ribeiro J. Os sistemas de saúde na América do Sul: características e reforma. In: MARQUES, Rosa M.; PIOLA, Sérgio F.; ROA, Alejandra C. (org.). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Rio de Janeiro: ABrES; Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS, 2016. p. 37-74.

ROSSI, Pedro; DWECK, Esther; OLIVEIRA, Ana Luíza (org.). **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

ROZA, Gabriele. A saúde dos subúrbios: clínicas populares privadas tentam ocupar espaço do SUS nas periferias. **Portal Data_Labe**, 28 set. 2020. Disponível em: <https://datalabe.org/clinicas-populares-privadas-tentam-ocupar-espaco-do-sus-nas-periferias-do-rio/>. Acesso em: 12 maio 2023.

SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, Fernando Ignacio; ABELLÁN-PERPIÑANA, José María; OLIVA-MORENO, Juan. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. **Gaceta Sanitaria**, Espanha, v. 28, n. 1, p. 75-80, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.019>

SCHRAIBER, Lilia B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TvtKzPc3nZQTskgqLyDL9hv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2023.

SESTELO, José Antonio F. Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2.027-2.034, jun. 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04682018>.

SILVA, Letícia B.; BICUDO, Valéria. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: SANTOS, Tatiane Valeria C.; SILVA, Letícia B.; MACHADO, Thiago O. (org.). **Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises**. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131.

SILVA, Marcelo José S.; SCHRAIBER, Lilia B.; MOTA, André. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e290102, 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/7jH6HgCBkrmFm7RdwkNRHfm/>. Acesso em: 4 nov. 2024.

SLOTTERDIJK, Peter. **Crítica da razão cínica**. São Paulo: Estação Liberdade, 2012.

SOUZA, Luis Eugenio P. F. *et al.* Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, pp. 2783-2792, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.34462018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt>. Acesso em: 20 ago. 2023.

TASCA, Renato; BENEVIDES, Rodrigo P. S. SUS: desafios para tornar eficiente um sistema universal e subfinanciado. In: OCKÉ-REIS, Carlos Octávio *et al.* (org.). **SUS: avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. Brasília: IPEA, CONASS, OPAS, 2022.

TEIXEIRA, Carmen Fontes S. Enfoques teórico-metodológicos do Planejamento em Saúde. In: TEIXEIRA, Carmen F. (org.). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17-32.

TEIXEIRA, Carmen Fontes S.; PAIM, Jairnilson S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 11-21, 2018. Número Especial 2. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/>. Acesso em: 18 ago. 2023.

TEMPORÃO, José G. Sistemas universales de salud em el mundo em transformación. *In*: GIOVANELLA, Ligia *et al.* (org.). **Sistemas de salud em Suramérica**: desafios para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. p. 13-20.

ZIZEK, Slavoj. **Vivendo no fim dos tempos**. São Paulo: Boitempo, 2012.

CAPÍTULO 2

Salud, desigualdad y financiación: la mezcla público-privada brasileña y el potencial redistributivo del SUS

Maria Luiza Levi

Universidade Federal do ABC Paulista

Los sistemas de salud son arreglos institucionales que se han desarrollado desde finales del siglo XIX, inicialmente en unos pocos países, reuniendo organizaciones y actores en la prestación de servicios de salud. A lo largo del siglo XX, se establecieron estructuras de este tipo en diversas naciones, cada una con su propia historia y características específicas. Este capítulo busca examinar el sistema de salud en Brasil y cómo la combinación de elementos públicos y privados influye en el acceso a la salud en el país.

Salud, desigualdad y redistribución

En 1988, la Constitución reconoció la salud como un derecho de todos los ciudadanos y un deber del Estado. Para hacer efectivo este derecho, se creó el Sistema Único de Salud (SUS), un sistema universal y gratuito financiado mediante recursos públicos obtenidos a través de impuestos. El SUS no es la única forma de acceder a la salud en Brasil, ya que la Constitución también permite que el sector privado ofrezca servicios de salud. El acceso a la salud a través de servicios privados puede darse mediante el pago directo por parte de los usuarios en el momento del uso, o a través de planes de salud privados.

Podemos observar que el SUS forma parte de un conjunto de políticas sociales que abarcan la salud, la asistencia, la previsión, la educación, la vivienda, la cultura y el deporte, entre otros. Es fundamental tener en cuenta que las políticas públicas suelen tener **efectos redistributivos** en la sociedad. Estas políticas se implementan a través del presupuesto público, que es una herramienta redistributiva en sí misma, ya que recauda

recursos de la sociedad a través de impuestos y los destina a servicios y beneficios. Estas operaciones, de recaudación y gasto de recursos por parte del Estado impactan en la posición económica de las personas. Los impuestos alteran su renta disponible, confiscando parte de sus ingresos, y lo hacen más intensamente con unos que con otros, interfiriendo así en su posición relativa. Las políticas públicas, al proporcionar servicios o apoyo financiero (a través de programas de transferencia de ingresos como el Bolsa Familia o el Auxílio Brasil), permiten que algunas personas accedan a más bienes y servicios de los que su ingreso inicial les permitiría, alterando también su posición relativa.

Por lo tanto, surge la pregunta central: ¿cómo la desigualdad afecta la configuración del acceso a la salud en Brasil? En otras palabras, ¿cómo describir el sistema de salud brasileño en términos de su potencial redistributivo? Para responder a esta pregunta, podemos utilizar el concepto de **desmercantilización** del acceso a los derechos sociales desarrollado por Esping-Andersen en la formulación clásica de modelos de protección social, debatida por varios autores. (en Brasil, véase especialmente Vianna, 1998 y Draibe, 2008).

Bajo esta perspectiva, el arreglo institucional que rige una determinada política pública en una sociedad será más desmercantilizado cuanto menos dependa la accesibilidad a los servicios y beneficios de esa política de la capacidad individual de las personas para obtener recursos en el mercado. La **Figura 1** ilustra modelos ideales de protección social basados en la tipología de Esping-Andersen, y sirve como referencia para analizar los sistemas de salud.

Figura 1 – Los modelos de protección social

Modelo / Características	Liberal	Corporativista	Socialdemócrata
Financiación	Recursos Privados	Contribuciones sobre los salarios	Impuestos
Aceso/Beneficios	En función de la capacidad de ahorro individual	Condicionado à posição do grupo / corporação no mercado de trabalho	Universal
Mercadorización / Desmercantilización	Acesso Mercantilizado	Baja desmercantilización	Alta desmercantilización
Redistribución	Muy baja	Baja	Alta

Adaptado de Esping-Andersen (1991)
Elaboración propia.

Los arreglos institucionales guiados por el modelo liberal de protección social son aquellos en los que el acceso a la salud depende fundamentalmente de la capacidad individual de los usuarios para generar recursos, lo que para la gran mayoría de las personas está asociada a su inserción en el mercado laboral. Es importante tener en cuenta que el salario de los individuos económicamente activos generalmente tiene que proporcionar bienes y servicios para sí mismos y para sus dependientes (hijos y otros dependientes sin ingresos) y, por lo tanto, el acceso a la salud de este grupo dependerá, en el modelo liberal, de la capacidad de generación de ingresos de ese proveedor familiar.

El sistema de salud más conocido que se organiza según esta lógica es el de Estados Unidos donde la mayoría de la población tiene acceso a la salud mediante sistemas de prepago para planes privados de salud. En este modelo, de manera general, el Estado brinda algún apoyo a personas de bajos ingresos, proporcionando subsidios para que puedan adquirir servicios en el mercado, o coordinando directamente la atención médica para este grupo. En principio, los recursos públicos desempeñan un papel residual, porque se supone que la mayoría costeará su salud y la de sus dependientes mediante su propia capacidad (o la privada) de generar

recursos. Se dice que la salud está mercantilizada, en el sentido de que el acceso, en términos de cobertura, frecuencia y calidad de la atención, es mayor cuanto mejor posicionados están los individuos en el mercado. La redistribución es muy baja porque, para la mayoría de las personas, el acceso reproduce su posición en el mercado. Aunque los individuos muy pobres pueden disfrutar de servicios de salud que no tendrían en ausencia del gasto público, dicho acceso tiende a estar cargado de estigma, reforzando su condición de miembros del segmento más bajo de la pirámide social. De hecho, en este modelo, el acceso a los servicios financiados con fondos públicos se somete a una comprobación de recursos, es decir, se restringe a las personas con ingresos inferiores a un determinado umbral.

Los sistemas de salud basados en el modelo corporativista de protección social suelen financiarse con contribuciones obligatorias sobre trabajadores y empleadores establecidas por el Estado. En general, estos sistemas se dividen en segmentos específicos por categoría de trabajo (o corporación, de ahí el término corporativista). Cada segmento se financia con las contribuciones de ese grupo y recursos públicos complementarios. El acceso a la atención de la salud está diferenciado según la capacidad de pago de cada categoría, y tiende a ser más generalizado, más frecuente y/o de mayor calidad en los segmentos mejor posicionados en el mercado laboral. Existe una cierta desmercantilización, ya que dentro de cada segmento hay individuos con distintas capacidades contributivas que disfrutan del nivel asistencial de la categoría.

En general, el Estado garantiza una asistencia sanitaria mínima a los individuos que no pueden trabajar, así como a la parte más pobre de la población, que suele tener una inserción laboral precaria. Dado que el acceso a la asistencia sanitaria viene definido por el estatus social de cada corporación, la redistribución de los acuerdos del tipo corporativo, aunque es mayor que en el modelo liberal debido a la mayor participación de los recursos públicos en la financiación de los servicios, sigue considerándose baja. Además, en este modelo también se refuerza la estigmatización de los más vulnerables.

En definitiva, aunque existe un acceso garantizado para todos, la atención a los ciudadanos está diferenciada en función de su posición en el mercado y de la propia jerarquía social. Los sistemas de salud alemán y austriaco se citan a menudo como ejemplos del modelo corporativista.

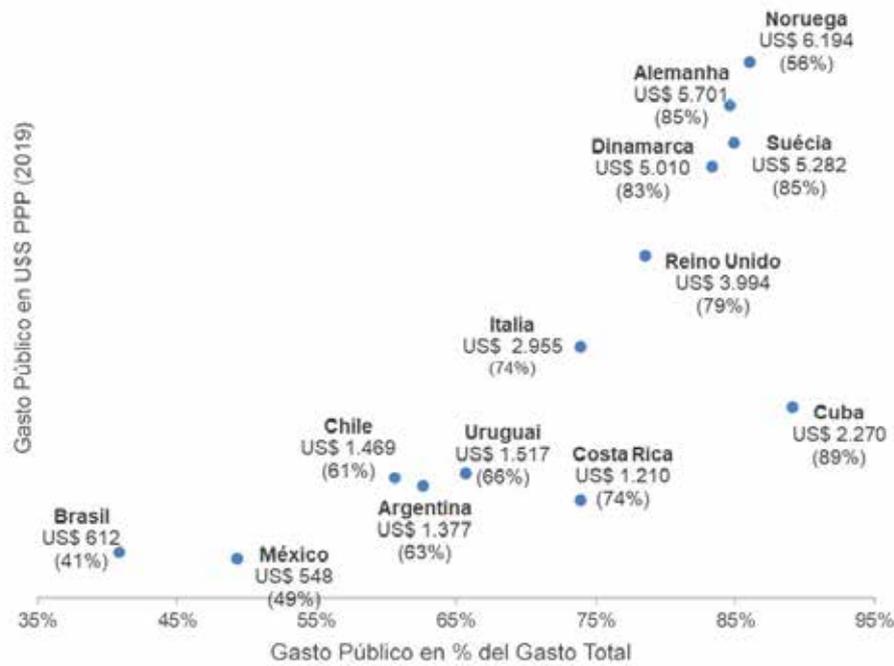
Por último, los sistemas basados en el modelo socialdemócrata ofrecen acceso universal y gratuito a la salud financiado a través de impuestos. En estos sistemas, sólo una parte residual del gasto total con salud es de origen privado, correspondiente a artículos o servicios no ofrecidos en el sistema público (como alojamiento privado, tratamientos de belleza o determinados medicamentos o equipos sanitarios). La salud es desmercantilizada, ya que el acceso es prácticamente independiente de la posición socioeconómica de los individuos, y la redistribución es alta, ya que a través de la financiación colectiva (impuestos), personas de todos los puntos de la pirámide social disfrutan del mismo nivel de cuidados de salud. Ejemplos de sistemas de salud organizados según el modelo redistributivo son los de los países nórdicos (Suecia, Dinamarca, Noruega, Finlandia), Italia y el Servicio Nacional de Salud inglés (NHS).

La mezcla público-privada que caracteriza el arreglo institucional brasileño

El SUS se inspira en un modelo socialdemócrata, pero a diferencia de lo que ocurre en los países que se organizan según esa lógica, donde los fondos públicos financian la mayor parte de los servicios y acciones de la salud de que disfruta la población, aquí los impuestos son responsables de una parte mucho menor del gasto sanitario total.

El **Gráfico 1** muestra la diferencia en el perfil del gasto sanitario de Brasil en comparación con otros países de sistema universal, como el Reino Unido, Italia y los países nórdicos. Además, llama la atención el bajo nivel de gasto público per cápita (US\$ 612 al año) en comparación con otras naciones, incluso aquellas cuyo perfil socioeconómico es más cercano al de Brasil.

Gráfico 1. Gasto público per cápita de salud en dólares de paridad de poder adquisitivo de 2019 y % del gasto total: países seleccionados

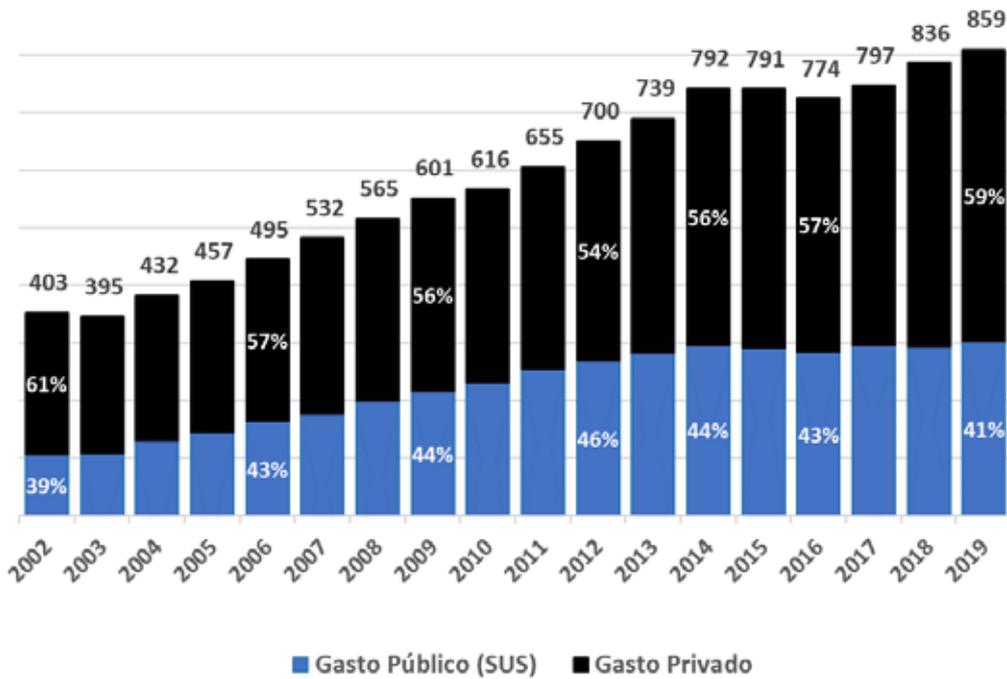


Fuente: World Health Organization/Global Health Expenditure Database (2023)
Elaboración propia.

El gasto público en Brasil es bajo no sólo en comparación con los pocos países latinoamericanos cuyos sistemas, según Levcovitz y Couto (2019), son universales, como Uruguay, Cuba y Costa Rica. Sin embargo, el gobierno brasileño gasta menos por habitante en el SUS que los gobiernos de países donde el gasto público se destina sólo a población de menores ingresos, como Chile y Argentina.

El **Gráfico 2** muestra la evolución del gasto total en salud en Brasil y su distribución entre gasto público y privado en las últimas décadas. Entre 2002 y 2019, el gasto total en salud se duplicó en términos reales (un aumento del 113%), lo que implica un aumento del 83% en el gasto per cápita (de 2 255 reales a 4 089 reales a precios de marzo de 2022). Al inicio de la serie, el gasto público no alcanzaba el 40% del total, pero durante la década de 2000 creció más rápidamente que el gasto privado, en un movimiento que duró hasta 2012, aumentando su participación al 46% del total. Desde entonces, la financiación del SUS ha comenzado a perder impulso en relación con los desembolsos privados, alcanzando el 41% del total en 2019.

Gráfico 2. Gasto total en salud, gasto público y gasto privado - 2002/2019: R\$ mil millones* y % de participación



Nota: * A precios de 2022 - marzo, con base en la variación IPCA/IBGE.

Fuente: / Cuenta Satélite de la Salud (IBGE, 2020); Agencia Nacional de Salud Suplementaria (Brasil, 2023a), Ministerio de Salud / Sistema Presupuestario de Salud Pública (Brasil, 2023b). Elaboración propia.

Así pues, a pesar del carácter universal del SUS, el nivel de gasto público en salud ha impuesto un límite concreto a su potencial redistributivo. La tendencia a un crecimiento relativo más rápido del gasto público en la década de 2000, aunque fue un esfuerzo importante, fue claramente insuficiente y se ha invertido casi por completo en los últimos años.

Se puede decir que el acceso a la salud en Brasil está desmercantilizado para los que utilizan el sistema público. Sin embargo, considerando el conjunto de la población, el nivel comparativamente bajo de gasto per cápita asignado al SUS sugiere que un volumen considerable de necesidades de salud no se satisface adecuadamente en términos de cantidad, alcance, calidad y/o tiempo de atención.

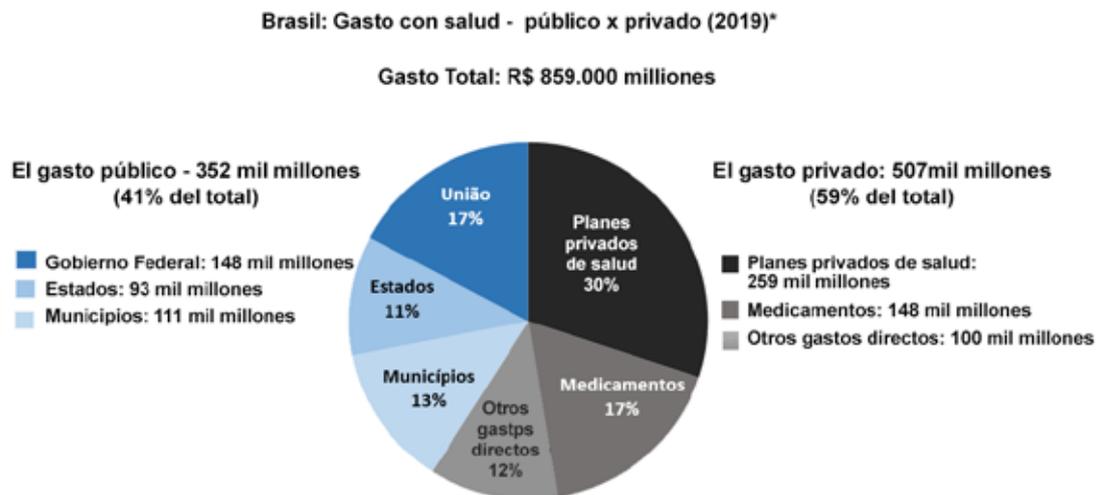
Cuantificar y calificar esta falta de acceso es una tarea muy compleja, pero el perfil estructurante de la política de salud en el SUS sugiere que existe una elevada cobertura en la atención primaria, aunque en menor medida de lo que sería deseable para que este nivel de atención alcanzase

su potencial resolutivo. El nivel intermedio de atención, sobre todo en lo que respecta a algunas especialidades, sería más problemático en términos de cobertura. Además, habría cobertura en lo que serían las islas de excelencia del SUS, es decir, determinados procedimientos, terapias de alta complejidad y algunos medicamentos de alto coste que atienden a toda la población. Resulta que la accesibilidad a los niveles más complejos del sistema sanitario depende de que el usuario sea capaz de pasar por los niveles básico e intermedio de atención.

Sistema de salud y sostenibilidad financiera de los acuerdos públicos y privados

El gráfico 3 detalla el perfil del gasto en salud, teniendo en cuenta los recursos públicos destinados al SUS y las fuentes privadas. De los casi 860 000 millones de reales gastados en 2019 en Brasil (último año para el que se dispone de información sobre todas las fuentes de gasto), casi el 60% procedió de fuentes privadas, correspondientes a desembolsos directos de las personas en diversos conceptos, como consultas, exámenes y hospitalizaciones (12% del total), medicamentos (17%) y el pago de cuotas mensuales de planes de salud por parte de particulares y empresas que compran planes de salud para sus empleados (30%).

Gráfico 3. Brasil: gasto con salud en 2019 (público, privado y total) *



Nota: * A precios de 2022 - marzo, con base en la variación IPCA/IBGE.

Fuente: Cuenta Satélite de Salud (IBGE, 2020), Agencia Nacional de Salud Suplementaria (Brasil, 2023a), Ministerio de Salud / Sistema Presupuestario de Salud Pública (Brasil, 2023b).

Elaboración propia.

Una cuestión que puede surgir de la constatación del abismo existente entre la capacidad financiera efectiva del SUS y el predominio de las fuentes privadas de financiación de los cuidados de salud es la siguiente: en este escenario de limitación crónica de recursos, ¿no sería más adecuado limitar el acceso al SUS a los más vulnerables, impidiendo así que determinadas personas se beneficien del sistema público aunque puedan pagar privadamente por su acceso a la salud? ¿Hasta qué punto tiene sentido que Brasil tenga un sistema de salud que pretende ser universal?

Para responder a estas preguntas, analicemos primero el gasto público, su historia y sus limitaciones. En primer lugar, el perfil de la financiación pública del SUS es sorprendentemente bajo: menos de la mitad de los fondos destinados al sistema (42%) corresponden al Gobierno Federal. El porcentaje es bajo, teniendo en cuenta que el Estado financiaba casi el 60% del gasto del SUS a principios de la década de 2000 (Piola; Paiva; Sá; Servo, 2013), y se explica inicialmente por la aprobación de la Enmienda Constitucional 29/2000, un hito importante en la financiación de la salud pública en el país. Esta norma obligaba a los estados y municipios a destinar parte de sus ingresos fiscales al gasto en Acciones y Servicios de Salud Pública (ASPS), es decir, al gasto en el ámbito del SUS (12% de los impuestos para los estados y 15% para los municipios, incluidas las transferencias constitucionales). Para el Gobierno Federal, sin embargo, la CE 29 determinó que se mantuviera el nivel de gasto registrado en 1999, más un 5%, y sólo obligó a actualizarlo en función de la variación del Producto Interior Bruto (PIB).

Así, mientras los estados y municipios comenzaron a gastar progresivamente más para ajustarse a la CE 29, el aumento real de la financiación federal para el SUS fue mucho menor que el de las demás entidades, lo que se tradujo en una caída relativa de su participación en el gasto total. Más recientemente, la llamada Enmienda del Techo de Gastos (CE 95/2016) determinó el congelamiento del valor real de los gastos federales en políticas públicas por 20 años, imponiendo enormes dificultades para aumentar la financiación federal al SUS¹.

Sin embargo, desde hace muchos años, los gastos de los estados y especialmente de los municipios superan con creces lo que estipula la

¹ En los dos últimos años, esta norma se ha relajado temporalmente debido a los gastos asociados a la lucha contra la pandemia del covid-19, que se han realizado fuera del límite máximo.

legislación. Para tener una idea, los datos del Sistema de Información Presupuestaria en Salud Pública (SIOPS) muestran que en el año previo a la pandemia, 2019, el 65% de los 5 570 municipios de Brasil destinaron al SUS un monto igual o superior al 20% de sus ingresos fiscales, es decir, un tercio más de lo exigido por la ley. De estos municipios, el 36% (equivalente a casi una cuarta parte de todos los municipios brasileños) destinaron el 25% o más de sus ingresos fiscales a Acciones y Servicios de Salud Pública.

Pues bien, si el SUS fuera un sistema concebido para dar cobertura únicamente a la fracción más pobre de la población brasileña, sería difícil imaginar que los municipios destinaran una proporción tan grande de su esfuerzo fiscal a la salud. En el caso de los estados, la situación es menos flagrante, pero lleva a la misma reflexión. La mitad de los 26 estados brasileños destinan el 13% o más de sus ingresos fiscales a la salud, y cuatro estados destinan más del 16%.

Así pues, una consideración importante es que un sistema de salud dirigido exclusivamente a los segmentos más pobres de la población tiende a enfrentarse a limitaciones financieras mucho mayores que un sistema universal. En efecto, si el SUS ya sufre ese grado de desfinanciación cuando se propone atender a toda la población, ¿cuál sería su lugar en la disputa por recursos en los presupuestos de las tres esferas si se limitara a los pobres? En particular, sería difícil que procedimientos, terapias y medicamentos caros y muy complejos que actualmente benefician por igual a ricos y pobres, muchos de ellos de gran calidad, estuvieran disponibles en el sistema financiado con fondos públicos.

Veamos ahora la otra cara de la financiación de salud en Brasil: el gasto privado. En 2019, los beneficiarios del seguro de enfermedad sumaban algo más de 47 millones de personas, entre beneficiarios y dependientes. Cuando la economía brasileña aún crecía, en 2014, el número de beneficiarios alcanzó los 50,5 millones de personas, más del 25% de la población brasileña. El gasto de los beneficiarios del seguro de salud en cuotas mensuales en 2019, 238 mil millones de reales (**Gráfico 2**), corresponde a un monto per cápita de poco más de 5 000 reales, más de tres veces el gasto per cápita de SUS en el mismo año, alrededor de 1 500 reales².

² En realidad, estos costos per cápita no son directamente comparables, ya que la cobertura del seguro de salud es de carácter asistencial, mientras que el SUS debe hacerse cargo de las acciones de prevención y promoción de la salud, de la vigilancia sanitaria y epidemiológica, de la financiación de la investigación, entre otros costos que benefician al conjunto de la población.

Aun así, como señalan Moraes et al. (2022), en Brasil, la probabilidad de destinar una parte significativa de los ingresos (más del 40%) al gasto en medicamentos es extremadamente alta entre los beneficiarios del seguro de salud, especialmente entre las personas mayores y las de menores ingresos. Esta falta de cobertura del seguro de salud contribuye, sin duda, al elevado nivel de gasto en medicamentos de la población que se muestra en el **Gráfico 2**, junto con las insuficiencias del propio SUS, aunque la cobertura de este último sea más amplia que la del seguro de salud en este ámbito.

Los autores también muestran que la cobertura de los planes privados de salud conlleva otro riesgo para los beneficiarios: la dedicación de partes muy importantes de sus ingresos a los pagos mensuales. Además, este riesgo es especialmente elevado para los beneficiarios con rentas más bajas y de más edad. Entre las explicaciones de este fenómeno, otro estudio indica que la política de aumento de precios en los planes de salud acaba expulsando a los beneficiarios de los grupos de mayor edad, que resultan más costosos para los operadores debido a la mayor intensidad de su uso de los servicios (Ocké-Reis; Leal; Cardoso, 2021). Según los autores, en un escenario recesivo y con pérdida de beneficiarios, la práctica está aparentemente detrás de la alta rentabilidad del segmento.

Como se sabe, la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS) sólo controla los reajustes en los planes de salud individuales. Los planes colectivos – cerca del 80% de los contratos comercializados por las operadoras – no tienen limitaciones de reajuste, porque la legislación brasileña considera que se trata de una relación entre dos agentes simétricos en términos de poder de negociación, la operadora y la empresa contratante del plan.

Cuando los beneficiarios de los planes colectivos se jubilan, pueden conservarlos en determinadas condiciones, pero pasan a formar parte de un colectivo segregado del resto de los trabajadores de la empresa. Los ajustes que se realizan para este colectivo específico, más reducido en número, que en principio utiliza más los servicios sanitarios y cuyos ingresos tienden a disminuir respecto al pasado por abandonar el mercado laboral, no tienen por qué seguir las condiciones negociadas para los planes de los trabajadores en activo, siguiendo en muchos casos las pretensiones del propio colectivo (Sakamoto, 2016; Robba, 2017). Es decir, en la práctica, tras la jubilación, el modelo normativo permite romper las condiciones básicas del contrato vigente durante el periodo laboral: la protección de

la negociación colectiva y la dilución de los costes en un colectivo más amplio formado por trabajadores en activo que, en principio, están sanos porque son aptos para trabajar.

Así, el diseño institucional que rige el funcionamiento de los planes de salud en Brasil permite a los operadores ofrecer una cobertura insuficiente y adoptar estrategias que imposibilitan la permanencia de los usuarios más onerosos. Es importante destacar que el modelo se basa en el apoyo financiero del Estado, ya que los beneficiarios pueden deducir el coste de las cuotas mensuales de su impuesto sobre la renta, mientras que las empresas empleadoras pueden deducir lo que gastan en los planes de sus empleados de la base del Impuesto sobre la Renta de las Personas Jurídicas (IRPJ) y de la Contribución Social sobre los Beneficios Netos (CSLL, por sus acrónimos en portugués).

El incentivo fiscal para que las empresas adquieran los planes de salud para sus empleados parece ser la explicación definitiva del tamaño del sector. De hecho, teniendo en cuenta que más del 80% de los brasileños pertenecen a familias con una renta per cápita de hasta dos salarios mínimos y más del 90% de hasta tres salarios mínimos, según la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios - PNAD - (IBGE, 2018), parece poco sostenible que los planes de salud cubran entre 1/5 y 1/4 de la población, simplemente porque la renta de algunas de esas personas no es compatible con la capacidad de generar el ahorro necesario para sostener el beneficio.

Parece, por tanto, que el segmento de los seguros de salud está sobredimensionado, lo que impone la necesidad de repensar la estructura regulatoria del sector, evidentemente defectuosa e incoherente con la protección del derecho a la salud. El acceso mercantilizado a través de planes de salud es perverso en el arreglo institucional brasileño, porque sólo los que tienen mayor capacidad financiera pueden permanecer como beneficiarios y disfrutar efectivamente de los ahorros generados durante sus años de trabajo.

Estas consideraciones sobre la provisión de salud a través de planes privados refuerzan la importancia de que Brasil profundice el SUS como estrategia para garantizar el acceso. Pero más allá de lo estrictamente financiero, también es importante tener en cuenta los patrones de organización de la prestación asistencial bajo las lógicas pública y privada.

El SUS se basa en un concepto de red de salud jerarquizada y regionalizada en el territorio, en la que los diferentes puntos de atención deben trabajar conjuntamente. El acceso a los recursos asistenciales de diferentes niveles de complejidad está diseñado para que se produzca de forma ordenada, de modo que el recorrido del usuario se desarrolle como un proceso que integra los diferentes puntos bajo una lógica que busca la atención más adecuada a su estado de salud. Aunque probablemente muchas experiencias de SUS no reproduzcan adecuadamente esta hoja de ruta, el punto central es que la arquitectura institucional del sistema permite la implementación permanente de políticas que orientan su funcionamiento en esta dirección.

El sector privado, en cambio, no opera bajo la lógica de un sistema de salud. Sus actores son prestadores (hospitales, clínicas, consultorios y laboratorios) e intermediarios (planes de salud) que operan bajo una lógica de mercado, en actividades de compra y venta en las que, concretamente, lo que uno pierde, el otro lo gana. En este escenario, además de la existencia de graves conflictos de intereses en la producción de la atención (las estrategias de rentabilidad pueden llevar a los prestadores a recomendar procedimientos innecesarios y a los intermediarios a dificultar o negar la atención necesaria), la adopción de prácticas orientadas a producir una lógica operativa que priorice el uso de los recursos y produzca el tratamiento más adecuado para el usuario, aunque no imposible, es muy poco probable, debido a los costos involucrados y a la dificultad de producir ganancias para estos agentes.

Además, el SUS tiene importantes ventajas económicas sobre los arreglos privados, como la ausencia de costos de intermediación y comercialización, la adopción de sistemas centralizados de registro, cobro y auditoría de procedimientos y la posibilidad de adoptar prácticas de pago a proveedores que incentiven la atención integral (Levi; Peres, 2022).

El enfrentamiento a la pandemia del covid-19 ha demostrado que el SUS es extremadamente resistente y organizado. A pesar de las diversas fallas en la política de salud, especialmente por parte del gobierno federal, el SUS ha demostrado que posee herramientas de articulación capaces de lidiar con la enorme complejidad de la federación brasileña en la producción de estrategias de prevención, vacunación y atención. El fortalecimiento de su base financiera es el camino que puede permitir un proceso de realización del derecho a la salud compatible con el perfil de renta de la población brasileña.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e Indicadores do Setor**. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 20 abr. 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). **Indicadores**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>. Acesso em: 20 abr. 2023b.

DRAIBE, Sônia Miram. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCKMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 27-63.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfarestate. **Lua Nova Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 24, set. 1991. <https://doi.org/10.1590/S0102-64451991000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ln/a/99DPRg4vVqLrQ4XbpBRHc5H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2024.

IBGE. **Conta-satélite de saúde**. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/economicas/contas-nacionais/9056-conta-satelite-de-saude.html>. Acesso em: 20 abr. 2023.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios: PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

LEVCOVITZ, Eduardo; COUTO, Maria Helena C. **Sistemas de saúde na América Latina no século XXI**. Brasília: Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas, 2019.

LEVI, Maria Luiza; PERES, Úrsula D. O SUS e o acesso privado à saúde no Brasil: dois modelos em disputa. In: ROSSINI, Gabriel Almeida A. (org.). **Covid-19: economia, sociedade, política e território**. São Paulo: EdUFABC, 2022. p. 283-309.

MORAES, Ricardo M. *et al.* Cobertura de políticas públicas e acesso a medicamentos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 56, n. 58, 2022. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003898>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6y3vBp63wcYz8F3mm6DjDMR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2024.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; LEAL, Rodrigo M.; CARDOSO, Simone S. **Desempenho do mercado de planos de saúde (2014- 2018)**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2021. (Nota Técnica DISOC, n. 97).

PIOLA, Sérgio F. *et al.* **Financiamento público de saúde: uma história à procura de rumo.** Rio de Janeiro: IPEA, 2013. (Texto para Discussão, n. 1.846). Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1580>. Acesso em: 23 maio 2024.

ROBBA, Rafael. **Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo.** 2017. 238f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SAKAMOTO, Luciana M. **O modelo de pós-pagamento nos contratos de plano de saúde e a viabilização do direito de extensão do benefício pós-emprego.** 2016. 221f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

VIANNA, Maria Lucia T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégias de bem-estar e políticas públicas.** Rio de Janeiro: Revan, Universidade Candido Mendes; Iuperj, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global health expenditure database.** Disponível em: <https://apps.who.int/nha/database>. Acesso em: 20 abr. 2023.

Atención Primaria de Salud en los países de América del Sur

Ligia Giovanella

Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz

Suelen Carlos de Oliveira

Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz y Unigranrio

Introducción

Desde la Conferencia Internacional de Alma Ata de 1978, la atención primaria de salud (APS) se entiende como una estrategia para organizar los sistemas sanitarios y para que la sociedad promueva la salud. Los beneficios de los sistemas sanitarios sustentados en una APS de calidad para la salud de la población, la equidad en el acceso y la eficiencia son reconocidos internacionalmente. Actualmente, el fortalecimiento de la atención primaria se considera la base para el acceso universal y una de las estrategias más eficaces para responder a los cambios en el perfil de morbilidad y mortalidad (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

El objetivo de este capítulo es analizar las características de la atención primaria de salud (APS) en los 12 países de América del Sur. Se comienza discutiendo las diversas concepciones de lo que es la APS, presentando los enfoques y concepciones de la atención primaria de salud y su desarrollo a lo largo del tiempo. En la segunda parte, se analizan las políticas y programas de APS en las dos primeras décadas de los años 2000. Se describen las características de la APS en los sistemas de salud de América del Sur, considerando la organización de los servicios de APS con sus establecimientos, equipos y territorios, el trabajo de los agentes comunitarios de salud, la fuerza de trabajo y la capacitación para la APS, la participación social y la interculturalidad. Finalmente, se discuten los retos y perspectivas para la implementación de la APS integral en los sistemas públicos universales de salud en los países de la región.

¿Qué es la atención primaria de salud? Enfoques de la APS

Aunque existe cierta unanimidad sobre los beneficios de la APS para la salud de las personas, hay muchas concepciones, enfoques y formas de implementar la atención primaria de salud en los países.

La Declaración de la Conferencia de Alma Ata sobre APS es un hito histórico importante. Reconoció a la salud como un derecho humano fundamental y difundió un concepto de **APS integral** que incluye entre sus principios:

- el acceso universal basado en las necesidades de salud y el uso de tecnologías apropiadas y eficaces. Forma **parte de un sistema integrado de salud de acceso universal y equitativo**;
- el imperativo de abordar los determinantes socioeconómicos más amplios de la salud. Por lo tanto, se entiende que la salud es **inseparable del desarrollo económico y social**, y que requiere acción y coordinación con otros sectores de las políticas públicas para la promoción de la salud;
- y **la participación social** para generar autonomía y ampliar los derechos sociales y hacer valer el derecho universal a la salud (Organización Mundial de la Salud. OMS, 1978).]

En la Tabla 1 se presenta un resumen del enfoque integral de la APS en la Declaración de Alma Ata.

Tabla 1. Enfoque de la APS en la Declaración de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La salud - el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades - es un derecho humano fundamental.

El desarrollo económico y social es de importancia fundamental para el pleno logro del objetivo de la Salud para Todos para el año 2000.

Atención primaria de salud:

- involucra, además del sector sanitario, todos los sectores relacionados con el desarrollo nacional y comunitario, incluidos la agricultura, la ganadería, la producción de alimentos, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores;
- abarca la atención esencial; se basa en métodos y tecnologías apropiados, científicamente probados y socialmente aceptables;
- aborda los principales problemas de salud de la comunidad, proporcionando servicios de protección, curación y rehabilitación, según sea necesario;
- se debe garantizar su acceso a todas las personas y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan asumir;
- representa el primer nivel de contacto entre las personas, las familias y la comunidad con el sistema de salud, acercando la atención sanitaria lo más posible al lugar donde viven y trabajan las personas;
- es el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud que incluye, como mínimo: la educación sobre los problemas de salud prevalentes y los métodos para su prevención y control, la promoción de la distribución de alimentos y la nutrición adecuada, el suministro adecuado de agua de buena calidad y saneamiento básico, la atención de la salud materno infantil, incluida la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y el control de las enfermedades endémicas, el tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones comunes y el suministro de medicamentos esenciales;
- debe estar respaldada por sistemas integrados de derivación, que conduzcan a la mejora progresiva de la atención integral de la salud para todos, dando prioridad a los más necesitados.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978).

Poco después de la Conferencia de Alma Ata, las iniciativas de los organismos internacionales difundieron un enfoque selectivo de la APS, prescribiendo una cesta con una selección mínima de servicios centrados en las poblaciones en situación de extrema pobreza, y desvirtuando los

ideales de salud para todos y APS integral. Un concepto que Mario Testa (1992) calificó de “primitivo”, de medicina pobre para los pobres.

La **APS selectiva** corresponde a un programa selectivo con una canasta restringida de intervenciones “costo-efectivas”, limitadas a la atención materno-infantil y a las enfermedades infecciosas, generalmente con poca resolución, enfocadas en poblaciones en extrema pobreza. Este enfoque selectivo fue prescrito y difundido por el Banco Mundial en la década de 1990 en América del Sur, en el contexto de las reformas neoliberales, en programas centrados con responsabilidad gubernamental sólo para una canasta restringida de servicios de salud de bajo costo, sin garantizar la atención integral necesaria.

Otro enfoque es la APS como **primer nivel de atención**: los servicios de primer contacto del paciente con el sistema de salud, dirigidos a cubrir las enfermedades más comunes y resolver la mayoría de los problemas de salud de una población, incluyendo un amplio espectro de servicios clínicos y, en ocasiones, acciones de salud pública. Este enfoque de la APS está presente en los sistemas de salud universal de países europeos como España, Portugal o Inglaterra.

En la Tabla 2 se puede ver un resumen de los enfoques de APS identificados en el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la renovación de la APS en las Américas en 2005 (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Tabla 2. Enfoques de Atención Primaria de Salud

Enfoque	Concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS selectivo	Programas centrados y selectivos con una gama restringida de servicios para abordar un número limitado de problemas de salud en los países en desarrollo. Dirigidos al grupo materno infantil, las acciones más comunes son: control del crecimiento infantil, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización y, en ocasiones, suplementación alimentaria, planificación familiar y alfabetización de la mujer.	Conjunto restringido de servicios de salud para la población pobre

Continuación

Enfoque	Concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
Primer nivel de atención	Se refiere al punto de entrada al sistema de salud y al lugar de atención sanitaria para la mayoría de las personas, la mayor parte del tiempo, correspondiente a los servicios ambulatorios médicos de primer contacto no especializados, incluidas las acciones preventivas y los servicios clínicos dirigidos a toda la población. Es el concepto más común en los países europeos con sistemas públicos universales. En su definición más estricta, se refiere a la disponibilidad de médicos con especialización en medicina general o medicina familiar y comunitaria (médicos generales o <i>médicos generales</i> – GP).	Uno de los niveles de atención en el sistema de salud
APS integral de Alma Ata	La declaración de Alma Ata (1978) define la APS como integrada en el sistema de salud, garantizando la integralidad y la participación social. Los principios fundamentales de la APS integral son: la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud, la accesibilidad universal y la cobertura basada en las necesidades, la participación comunitaria, la emancipación, la acción intersectorial, las tecnologías apropiadas y el uso eficiente de los recursos.	Estrategia para la organización de los sistemas de salud y para la promoción de la salud por parte de la sociedad
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Hace hincapié en la comprensión de la salud como un derecho humano y en la necesidad de abordar los determinantes sociales y políticos más amplios de la salud, tal como se defiende en la Declaración de Alma Ata. Sostiene que las políticas de desarrollo deben ser inclusivas y estar respaldadas por compromisos financieros y legislación para promover la equidad en salud.	Una filosofía que impregna los sectores social y sanitario

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2007. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.

El enfoque integral de la APS incluye el primer nivel de servicios de atención, pero no se limita a él. Es un concepto que orienta la organización del sistema de salud y de la sociedad para promover la salud, abarcando la

intervención sobre los determinantes sociales más generales de la salud (Tabla 2).

La salud depende de la garantía de condiciones de vida dignas a través de amplias intervenciones gubernamentales en diversos sectores, integrando políticas económicas y sociales, como se establece en la Constitución Federal brasileña de 1988: *“La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y económicas destinadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros problemas de salud y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”*.

De manera sencilla, podemos decir que el derecho a la salud tiene dos dimensiones principales: i) el derecho a una buena situación de salud, cuya garantía depende de las intervenciones sobre sus determinantes más generales, y ii) el derecho a acceder y utilizar los servicios de salud de acuerdo con las necesidades, independientemente de los ingresos, que está garantizado por los sistemas sanitarios públicos universales.

El acceso a los servicios de salud es uno de los determinantes de la salud, pero no el único. La APS integral de calidad, integrada en la red, tiene efectos positivos en estas dos dimensiones del derecho a la salud: mejora el acceso y la situación sanitaria.

En los sistemas universales de salud, los servicios de primer nivel para garantizar el acceso y la calidad de la atención se caracterizan por:

- ser los servicios de primer contacto y la puerta de entrada prioritaria al sistema integrado de salud para cada nueva necesidad de cada persona;
- equipos multiprofesionales son responsables de un grupo poblacional y acompañan a los usuarios a lo largo de la vida en todos sus ciclos (longitudinalidad);
- garantizar una atención integral: reconocer las amplias necesidades de salud orgánica, psíquica y social, y realizar acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; resolver la mayoría de las demandas y remitirlas a otros servicios de la red integrada, cuando sea necesario;
- coordinar las diversas actuaciones cuando el usuario necesita la

atención de diferentes profesionales y servicios para resolver necesidades de salud menos comunes;

- reconocer las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad, conocer el contexto económico y social en el que viven y los recursos disponibles en la comunidad/territorio;
- el equipo realiza un diagnóstico de salud de la comunidad/territorio y trabaja con otras organizaciones y líderes locales para mediar acciones intersectoriales;
- el equipo promueve la participación de la comunidad en las decisiones sobre su salud y crea consejos locales de salud con la participación de representantes de los usuarios, líderes y organizaciones locales;
- el equipo conoce el contexto y la dinámica familiar para evaluar adecuadamente cómo responder a las necesidades de cada miembro;
- el equipo tiene competencia cultural: reconoce las diferentes necesidades de los grupos de población, sus características étnicas, raciales y culturales, comprende su comprensión de los procesos salud-enfermedad, reconoce el conocimiento e involucra a los cuidadores tradicionales en el cuidado.

La profesora Barbara Starfield (2002), en sus estudios comparativos de los sistemas de salud de varios países, identificó las características positivas de los servicios de APS en los sistemas universales, que denominó atributos de una APS eficaz. Estos atributos se resumen en la Tabla 3.

Tabla 3 - Atributos de los servicios de atención primaria de la salud

Atributos APS	Definición	Preguntas orientativas para para la evaluación de atributos
Primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios solicitados regularmente siempre que el usuario necesite atención en caso de enfermedad o para el seguimiento rutinario de su salud. • Puerta de entrada preferente al sistema de salud: punto de partida de la atención y filtro para el acceso a los servicios especializados según sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El equipo de APS es accesible para los usuarios la mayor parte del tiempo? • ¿Las familias perciben que tienen acceso a una atención primaria adecuada? • ¿Los profesionales de atención primaria requieren derivaciones para acceder a la atención especializada? • ¿La unidad básica de salud es el servicio regular para las familias?
Longitudinalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Asume la responsabilidad longitudinal del usuario con continuidad de la relación equipo/usuario, a lo largo de la vida, independientemente de la ausencia o presencia de enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Es necesario el registro/ registro de usuarios para un equipo/servicio de APS? • ¿Las familias son atendidas por el mismo equipo a lo largo del tiempo? • ¿Existe una relación de confianza y conocimiento mutuo entre las familias y los profesionales del equipo de APS?

Continuación

Atributos APS	Definición	Preguntas orientativas para la evaluación de atributos
Integridad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de un amplio espectro de necesidades, considerando las esferas orgánica, psíquica y social de la salud, dentro de los límites de las actividades del personal sanitario. • Implica ofrecer servicios preventivos y curativos y garantizar el acceso a todo tipo de servicios para todos los grupos de edad, resolviendo la gran mayoría de las demandas o mediante la derivación a servicios especializados, cuando sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El equipo de salud es capaz de reconocer los problemas de salud de las personas y de la comunidad? • ¿Cuál es el alcance de los servicios ofrecidos? • ¿Se deriva a los pacientes al especialista cuando corresponde? • ¿Se hace cargo mi equipo de la mayoría de mis problemas de salud?
Coordinación	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de distintas acciones y servicios para resolver necesidades menos frecuentes y más complejas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si hay varios médicos implicados en mi tratamiento, ¿mi equipo de atención primaria de salud o médico organiza mi atención? • ¿Hay reconocimiento de problemas que requieren atención continua? • Existen directrices formales (protocolos) para la transferencia de información entre médicos de atención primaria y ¿Expertos? ¿Se utilizan en la práctica? • ¿Existen mecanismos de integración de la red? ¿Se produce una contrarreferencia?.

Atributos APS	Definición	Preguntas orientativas para para la evaluación de atributos
Orientación comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de las necesidades sanitarias de la población en cuestión debido al contexto económico y social en el que vive. - Conocimiento de la distribución de los problemas de salud y de los recursos disponibles en la comunidad. - Participación de la comunidad en las decisiones sobre los servicios y su salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El equipo conoce los problemas de la comunidad? • ¿El equipo realiza un diagnóstico de salud de la comunidad? • ¿El equipo trabaja con otras organizaciones para llevar a cabo acciones intersectoriales? • ¿Los representantes de la comunidad participan en el consejo de la unidad de salud?
Centralidad en la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Consideración del contexto y la dinámica familiar para evaluar adecuadamente cómo responder a las necesidades de cada miembro. • Conocimiento de los miembros de la familia y sus problemas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Los historiales médicos están organizados por familia? • Durante la consulta, ¿los profesionales piden información sobre la salud de otros miembros de la familia? • Durante la consulta, ¿los profesionales piden información sobre las condiciones socioeconómicas de la familia? • ¿Los profesionales conocen a los miembros de la familia?
Competencia cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las diferentes necesidades de los grupos poblacionales, sus características étnicas, raciales y culturales, comprendiendo sus representaciones de los procesos salud-enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El equipo reconoce las necesidades culturales especiales? • ¿Percibe la población que sus necesidades culturales específicas están cubiertas? • ¿Comprenden los usuarios las instrucciones del equipo?

Fuente: Basado en Starfield, 2002.

La APS en los sistemas sanitarios sudamericanos

En las últimas décadas, los países sudamericanos han implementado la APS en diferentes enfoques con diferentes énfasis, condicionados por los contextos políticos y las modalidades de los sistemas de protección social y de salud vigentes en cada país.

En las décadas de 1980 y 1990, en varios países de América del Sur, en contextos autoritarios y de ajustes macroeconómicos estructurales, se adoptaron modelos selectivos de APS promovidos por organismos financieros multilaterales que abogaban por la reducción del papel del sector público y la implementación de paquetes mínimos de servicios de salud dirigidos a grupos poblacionales marginados. Los programas verticales orientados a grupos poblacionales o problemas de salud se reforzaron con la creación de seguros para algunos grupos específicos, aumentando la segmentación de los sistemas de salud y las desigualdades sociales en los países de la región.

Desde la primera década del siglo XXI, con los procesos de redemocratización y la asunción de gobiernos de centroizquierda e izquierda más comprometidos con la justicia social en América del Sur, ganaron protagonismo las iniciativas de revitalización de la APS en un enfoque integral, reafirmando los principios de Alma-Ata en el contexto de las reformas de los sistemas de salud (Giovanella, 2015).

Sin embargo, en la mayoría de los países, la implementación de estas iniciativas enfrentó grandes desafíos derivados del legado de las reformas promercado de la década anterior, con reducción del papel del Estado como prestador de servicios, modelos selectivos de APS, canasta restringida e introducción de cargos en los servicios públicos de salud con copagos obligatorios, incluso para la población de bajos ingresos. La implementación de la APS integral también estuvo condicionada por la segmentación de la mayoría de los sistemas de salud sudamericanos, con diferentes redes de atención y servicios cubiertos según capacidad de pago y/o inserción laboral (Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud, 2012; Giovanella; Almeida, 2017).

Al mismo tiempo, desde mediados de la década de 2000, organismos internacionales de salud como la Organización Panamericana de la Salud (2007) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Organización

Mundial de la Salud, 2008) han instado a los países miembros a renovar la APS para lograr la cobertura y el acceso universales.

En este proceso, las políticas nacionales han incorporado con diferentes énfasis los tres componentes principales de la Declaración de Alma-Ata, que concibe la APS como una estrategia: i) como atención esencial, parte integrante de un sistema nacional de salud, del cual es el núcleo principal, primer nivel de contacto y elemento de un proceso continuo de atención sanitaria; ii) la salud como inseparable del desarrollo socioeconómico de una sociedad, lo que implica influir en los determinantes sociales; y iii) la promoción de la participación social.

En el proceso de revitalización de la APS – llamada APS renovada en algunos países, bajo la influencia de la OPS –, siete países han desarrollado e implementado nuevos modelos de atención primaria, aunque no siempre en su totalidad (Tabla 4).

Tabla 4 - Nuevos modelos de APS implementados en los países de América del Sur

Países (año político)	Nombre del nuevo modelo de atención de APS
Bolivia (2008)	Salud familiar, comunitaria e intercultural - SAFCI
Brasil (2006/2011)	Estrategia de Salud de la Familia
Chile (2005/2013)	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria
Ecuador (2008/2012)	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI)
Paraguay (2008)	Unidades de Salud Familiar
Perú (2003/2011)	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-BFC)
Venezuela (2004/2014)	Misión Barrio Adentro

Fuente: Giovanella et al., 2015.

Estos nuevos modelos de APS implementados en Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela tienen como componentes comunes: equipos multiprofesionales con población y territorios definidos bajo su responsabilidad, el enfoque familiar, la mención de atención integral y el enfoque comunitario (Giovanella et al., 2015). Bolivia, Ecuador y

Venezuela compartieron el énfasis en el enfoque intercultural con respeto y asimilación de los conocimientos y prácticas de salud de los pueblos originarios expresados en el concepto del “buen vivir”. Además, estos países comparten la prioridad de la promoción de la salud entendida como acción intersectorial sobre sus determinantes sociales. Incluso los países que no mencionan la definición de un nuevo modelo expresan la prioridad de la APS en sus políticas de salud y, en general, han reorganizado la APS con la formación de equipos multiprofesionales, generalmente integrados por médicos, enfermeros, auxiliares/técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud. Coherentes con el concepto integral de APS y el componente comunitario expresado en las políticas nacionales, la mayoría de los países ha incorporado agentes comunitarios de salud como miembros de los equipos multiprofesionales, remunerados o voluntarios (Giovanella et al., 2015).

Organización de la APS: establecimientos, equipos, territorios

La prestación de servicios de APS se caracteriza por la composición diversificada de los equipos de APS entre los países, y diferenciada según el tipo de unidad de salud. En los doce países, los principales tipos de unidades de salud que prestan APS son los centros y puestos de salud, estos últimos principalmente en zonas rurales, donde trabajan auxiliares de enfermería, técnicos o agentes comunitarios de salud. En Chile y Venezuela, los hospitales de baja complejidad y los ambulatorios también forman parte de la APS. En Colombia, la APS se presta en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Primer Nivel, las cuales son elegidas de acuerdo con la inclusión del usuario en el seguro social de salud.

En los centros de salud, el médico general y la enfermera están presentes en los equipos de todos los países. En Uruguay, el equipo también cuenta con un pediatra, un ginecólogo y una matrona. Los auxiliares y/o técnicos de enfermería también forman parte de los equipos en la mayoría de los países (Tabla 5).

Como parte de las reformas de los modelos de atención sanitaria, varios países han incorporado al Agente Comunitario de Salud (ACS) o Promotor de Salud como trabajador remunerado o voluntario en los equipos básicos de APS, con diferentes denominaciones. Los ACS/promotores de salud tienen la función de articular a la comunidad con los servicios de

salud y realizar tareas extramuros y comunitarias. En la mayoría de los casos, los ACS/promotores son personas que viven en las zonas atendidas por el servicio de APS sin formación previa en salud. En Ecuador, Guyana y Surinam, los auxiliares de salud con formación técnica generalista trabajan en equipos de APS, principalmente en zonas rurales (Tabla 5).

La territorialización de los servicios de APS con inscripción de la población, delimitación geográfica y responsabilidad de los equipos por poblaciones definidas se observa en ocho países. El número de personas asignadas a cada equipo varía dentro de los países y entre ellos, con promedios que van desde 1.250 en Venezuela, 3.000 en Brasil y 4.000 en Ecuador, hasta 5.000 en Chile y Paraguay (Tabla 5). El número de personas bajo la responsabilidad de cada equipo de APS varía según las características de los territorios, como la pertenencia a zonas rurales y/o de mayor vulnerabilidad social (Vega-Romero; Acosta-Ramírez, 2015; Tejerina-Silva, 2015; Ríos, 2015; Giovanella; Almeida, 2017).

La cobertura poblacional de los nuevos modelos de atención con énfasis en la APS renovada, en gestión e implementación en siete países (Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela) es variable y depende del ritmo de implementación de los cambios. En Brasil, el 62% de la población está cubierta por la “Estrategia de Salud de la Familia”; en Paraguay, el 36% por las “Unidades de Salud de la Familia”; en Venezuela, alrededor del 60% por los equipos de APS de la “Misión Barrio Adentro”. En Chile, el 90% de la población del sistema público fue atendida en Centros de Salud certificados bajo el “Modelo Integral de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” en 2014. No hay datos precisos sobre la población cubierta en Bolivia por los equipos de “Salud Familiar Comunitaria Intercultural” ni en Perú por el “Modelo de Atención Integral a Salud Familiar y Comunitaria” (Giovanella; Almeida, 2017).

Tabla 5 - Características de la prestación de servicios de primer nivel y organización de la atención primaria en los países de América del Sur

Países	Principales tipos de establecimientos de APS	Composición del equipo	Agente comunitario de salud (ACS)	Territorialización e inscripción de la población	Copagos en los servicios públicos de primer nivel
Argentina	Centros de atención primaria de Salud (CAPS) Centros comunitarios integrados (CIC)	Médicos, diplomados en enfermería, auxiliares de enfermería, matronas, agentes comunitarios, dentistas	ACS (remunerados), promotores de salud	Sí, diferenciado por provincias	No
Bolivia	Centros de salud (CS) Puestos de salud (PS)	CS: Médico/a general, odontólogo/a, auxiliar o técnico/a de enfermería US: Auxiliar o técnico/a de enfermería	Responsables Populares de Salud (voluntarios)	Sí, con inscripción incipiente	para 2021 los copagos en servicios públicos, excepto para los asegurados de seguros focalizados
Brasil	Unidades Básicas de Salud/ Centros de Salud/ Unidades de Salud de la Familia (USF) Puestos de salud (UBS)	Equipos del EqSF: Médico/a, enfermero/a, 1-2 auxiliares de enfermería/ técnicos, 5-6 TCS. Equipos de salud bucal: dentista, auxiliar y/o técnico de salud bucal	ACS (pagados)	Sí, población asignada por equipo	No

Continuación

Países	Principales tipos de establecimientos de APS	Composición del equipo	Agente comunitario de salud (ACS)	Territorialización e inscripción de la población	Copagos en los servicios públicos de primer nivel
Chile	Centros de Salud Familiares (CESFAM) Consultorios Generales Urbanos (CGU) Hospitales de baja complejidad Postas de salud rural	Médico/a, enfermeiro/a, matrona, asistente social y asistente administrativo/a	Monitores/as voluntarios de la comunidad	Sí, población asignada por equipo, la inscripción es por iniciativa de las personas	No a la Modalidad de Atención Institucional de Fonasa (suprimida en 2022).
Colombia	Instituciones prestadoras de servicios de salud de primer nivel públicas	No hay una regla general sobre la conformación de los equipos. Generalmente los equipos básicos son conformados por: médicos/as, enfermeros/as generales, promotores/as, auxiliares y técnicos/as en salud	Promotores/as de salud, caminantes de la salud, agentes primarios de salud (voluntarios o pagados)	En algunos modelos municipales No hay directrices nacionales	No a las acciones del plan de intervenciones colectivas Sí, otras acciones de primer nivel
Ecuador	Puestos de salud Centros de salud Subcentro de salud Dispensarios médicos	Médicos/as, enfermero/a y técnico/a en Atención Primaria de Salud	Técnico/a en Atención primaria (TAPS) (pagados)	Sí, por circuitos y distritos y adscripción poblacional inscrita por unidad de salud	Ninguna (suprimida en 2008)

Continuación

Países	Principales tipos de establecimientos de APS	Composición del equipo	Agente comunitario de salud (ACS)	Territorialización e inscripción de la población	Copagos en los servicios públicos de primer nivel
Guyana	Puestos de Salud Centros de salud	Centros de salud de tipo 1 y 2: médico/a, enfermero/a, partero/a, Medex, asistente de laboratorio, auxiliar de farmacia, asistente odontológico, asistente de rehabilitación, asistente de salud ambiental.	Técnico/a de Medex y ACS (pagados)	No hay adscripción	No
Paraguay	Unidades de Salud da la Familia	Médico/a, licenciado/a en enfermería y/u obstetricia, auxiliar de enfermería y 3 a 5 ACS. Para cada dos ESF, un equipo odontológico: odontólogo/a y técnico/a protésico dental	Agentes Comunitarios de Salud (pagados)	Sí, población asignada por el equipo de Salud Familiar	No hay ninguno (abolido en 2008)

Continuación

Países	Principales tipos de establecimientos de APS	Composición del equipo	Agente comunitario de salud (ACS)	Territorialización e inscripción de la población	Copagos en los servicios públicos de primer nivel
Perú	Establecimientos de Salud del primer nivel de atención Equipos de atención integral en Salud a poblaciones excluidas y dispersas (Aisped)	Médico/a, licenciado/a en obstetricia, enfermero/a, técnico/a en enfermería	Agentes comunitarios de salud o promotores/as de salud (voluntarios)	Sí, usuarios registrados por zona de residencia en el establecimiento de salud	Pago de los servicios públicos a los no asegurados
Surinam	Puestos de Salud (Misión Médica) Clínicas de la Fundación del Servicio Nacional de Salud Consultorios privados GP	Médico/a general, enfermero/a, asistente de salud	Asistente de Salud	No hay adscripción	Copago de medicamentos. No, para los usuarios de la Misión Médica
Uruguay	Centros de salud ASSE Consultorios, Policlínicas y Puestos de Salud Rural IAMC: consultas externas, consultorios descentralizados, servicios de atención domiciliaria y policlínicas	Médico/a de familia o generalista, enfermero/a, partero/a, pediatra y ginecólogo/a visitante (equipo básico ASSE en Montevideo).	No	No hay suscripción	Sí, excepto en los proveedores públicos

Conclusión

Países	Principales tipos de establecimientos de APS	Composición del equipo	Agente comunitario de salud (ACS)	Territorialización e inscripción de la población	Copagos en los servicios públicos de primer nivel
Venezuela	<p>Consultorios Populares de Barrio Adentro</p> <p>Ambulatorios tipos I y II</p> <p>Ambulatorios Urbanos III</p>	<p>Médico/a especialista en medicina general integral, enfermero/a, agente comunitario/a de Atención Primaria de Salud (Acap)</p>	<p>Agente Comunitario/a de Atención Primaria de Salud (pagado)</p>	<p>Sí, asignado por el equipo de Barrio Adentro</p>	<p>No hay ninguno (abolido en 1998)</p>

Fuentes: Vega-Romero; Acosta-Ramírez, 2015; Tejerina-Silva, 2015; Ríos, 2015; Giovanella; Almeida, 2017.

Mano de obra y formación para la APS

Uno de los principales retos para la prestación y organización de la APS es la disponibilidad de profesionales sanitarios, especialmente médicos, y la formación de los profesionales para trabajar en la APS.

La disponibilidad de profesionales sanitarios es diversa según los países, con profundas desigualdades en la oferta y la distribución dentro de cada país, con grandes lagunas en las zonas remotas y desfavorecidas. No se dispone de datos específicos sobre el personal de APS, pero los indicadores generales muestran bien estas diferencias (Tabla 6). La densidad de médicos por cada mil habitantes se distribuye en una amplia gama entre países. La suficiencia numérica de la oferta parece haberse alcanzado en Uruguay, con 4,9 médicos por cada mil habitantes, y en Argentina, con 4,0. La escasez de médicos es intensa en Surinam (0,8 médicos por cada mil habitantes), Bolivia (1,1), Guyana (1,4) y Perú (1,4). La proporción de enfermeras diplomadas por cada mil habitantes es inferior a la de médicos en seis países (Tabla 6).

Para hacer frente a la escasez de médicos en APS y, en algunos casos, en la atención especializada, ocho países (Brasil, Bolivia, Ecuador, Guyana, Surinam, Perú, Venezuela y Uruguay) establecieron cooperación con Cuba en algún momento.

Uno de los principales problemas para la retención de médicos en los servicios públicos de APS está en la regulación de las relaciones laborales. Existe una diversidad de relaciones laborales y formas de remuneración de la fuerza laboral de la APS en todos los países, con tendencia a la precariedad de las condiciones de trabajo, bajos salarios e inestabilidad con contratos temporales, sin garantías de beneficios sociales (Tabla 6).

Sólo en Chile y Guyana la mayoría de los profesionales de la APS son funcionarios. En otros países, existen combinaciones de contratos temporales con pagos por becas, desempeño o prestación de servicios, contratos por tiempo indefinido como empleados asalariados del sector privado y funcionarios públicos. Aunque en casi todos los países una parte de los profesionales de la salud son funcionarios públicos estatutarios, solo en Chile existe una carrera específica para servidores públicos en APS (Giovanella; Almeida, 2017).

La inestabilidad de los contratos laborales, con una elevada rotación de profesionales, dificulta la adhesión e impide la formación de vínculos entre los equipos, las familias y la comunidad.

Existe consenso entre los gestores en que la formación de los profesionales sanitarios es inadecuada y no está orientada a la actuación en APS. En los últimos años, se han desarrollado iniciativas de formación en APS en casi todos los países en todos los niveles: técnico, pregrado, posgrado y formación continuada. Entre las principales iniciativas de formación de la fuerza laboral para la APS están los cursos de posgrado para la formación de médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela) y el programa de formación en Medicina Comunitaria Integral en Venezuela, en cooperación con la Escuela Latinoamericana de Medicina Salvador Allende de Cuba (Giovanella et al., 2015).

En el plano técnico, destaca la formación de trabajadores alternativos de APS, como en Guyana y Surinam, que cuentan con una tradición de este tipo de trabajadores sanitarios. Guyana emplea técnicos Medex, que sustituyen a los médicos en el interior, y Surinam adopta asistentes de salud reclutados en aldeas del interior, que siguen un amplio programa de formación de cuatro años para convertirse en profesionales sanitarios de nivel medio (Giovanella et al., 2015). Ecuador tiene una experiencia de formación de tecnólogos de atención primaria de salud (TAPS), que forman parte del equipo de atención integral de salud (Tejerina-Silva, 2015).

El reto más importante es la retención de profesionales de la salud capacitados para prestar servicios de salud de calidad a poblaciones de zonas remotas y/o desfavorecidas. Además de la escasez, la distribución de los profesionales de la salud es precaria y favorece a las zonas urbanas. Los países aplican diferentes estrategias para aumentar la disponibilidad de profesionales sanitarios en las zonas remotas. Algunos países establecen un periodo de servicio obligatorio para los recién graduados, con diversos grados de éxito (por ejemplo, Perú, Paraguay, Guyana o Surinam) y/o incentivos económicos. Varios países han establecido acuerdos con Cuba, como hizo Brasil hasta 2018, para suplir la falta de médicos en APS en zonas desfavorecidas y remotas.

Tabla 6 - Indicadores del personal sanitario en los países de América del Sur

Países	Médicos / 1000 habitantes	Enfermeros profesionales / 1000 habitantes	Dentistas 1000 habitantes	Título de la especialidad médica para la APS	Relaciones de trabajo en la APS
Argentina	4,0 (2019)	2,6 (2017)	1,5 (2018)	Medicina familiar y comunitaria	Contratos renovables (por evaluación de desempeño) y temporarios; funcionarios públicos
Bolivia	1,1 (2019)	0,5 (2019)	0,2 (2019)	Médico/a especialista en salud familiar comunitaria intercultural (médico/a general o familiar)	Funcionarios públicos; contratos anuales sin estabilidad laboral
Brasil	2,3 (2019)	1,4 (2019)	0,7 (2019)	Medicina familiar y comunitaria	Funcionarios públicos; asalariados; sector privado; contratos temporarios sin estabilidad laboral; becas

Continuación

Países	Médicos / 1000 habitantes	Enfermeros profesionales / 1000 habitantes	Dentistas 1000 habitantes	Título de la especialidad médica para la APS	Relaciones de trabajo en la APS
Chile	2,8 (2020)	3,4 (2020)	1,3 (2020)	Medicina familiar	Funcionarios públicos
Colombia	2,3 (2020)	1,4 (2020)	1,0 (2020)	Medicina familiar Salud familiar y comunitaria	Contratos de prestación de servicios a término fijo (la mayoría) y funcionarios públicos
Ecuador	2,3 (2018)	1,5 (2018)	0,3 (2018)	Medicina familiar y comunitaria	Funcionarios públicos; contratos de corta duración sin estabilidad laboral
Guyana	1,4 (2020)	3,1 (2020)	0,07 (2020)	Medicina general	Funcionarios públicos
Paraguay	1,0 (2020)	1,6 (2018)	0,1 (2018)	Medicina Familiar	Contratos renovables por evaluación de desempeño; funcionarios públicos
Perú	1,4 (2020)	1,8 (2020)	0,2 (2020)	Medicina familiar	Funcionarios públicos; contratos periódicos de gestión de servicios; asalariados del sector privado

Conclusión

Países	Médicos / 1000 habitantes	Enfermeros profesionales / 1000 habitantes	Dentistas 1000 habitantes	Título de la especialidad médica para la APS	Relaciones de trabajo en la APS
Surinam	1,3 (2020)	2,8 (2020)	0,05 (2019)	Medicina general Medicina de familia	Contratos de duración indefinidos en el servicio regional (salarios y complemento con capitación por número de inscritos); asalariados de la Misión Médica.
Uruguay	4,9 (2020)	2,1 (2020)	1,3 (2020)	Medicina familiar y comunitaria	Sector público: cargos temporales; régimen de Derecho privado; funcionarios públicos; IAMC: sector privado asalariados; prestación de servicios
Venezuela	1,8 (2018)	2,2 (2018)	0,1 (2018)	Medicina general integral (pregrado en Medicina Integral Comunitaria)	Funcionarios públicos; becas (programas de formación intensiva en APS)

Fuentes: Giovanella, 2015; Open data: Paho (Organización Panamericana de la Salud, 2022); datos de la OMS/Observatorio Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Agente comunitario de salud (ACS)

El agente comunitario de salud es un trabajador esencial en los abordajes integrales de la APS que se distingue de otros profesionales de la salud por su papel de mediador social, por su identidad comunitaria como residente de la comunidad donde trabaja como condición y factor esencial para el ejercicio de la solidaridad social. Actúa como enlace entre la comunidad y los servicios de salud, y debe activar el diálogo de los actores sociales locales en función de sus valores éticos, sus necesidades, sus formas de conocimiento y su capacidad para establecer redes de apoyo social y garantizar derechos, en favor de la promoción de la salud y el ejercicio de la ciudadanía.

Como parte del proceso de renovación de la APS, varios países han incorporado al Agente Comunitario de Salud o Promotor de Salud como trabajador remunerado o voluntario en los equipos básicos de APS, bajo diferentes denominaciones (Tabla 5). Sus atribuciones también son diferentes, así como su papel de enlace entre la comunidad y el servicio de salud, en la prestación de servicios y tareas extramurales y comunitarias. En la mayoría de los casos, los Agentes/Promotores son personas sin formación previa en salud que viven en las zonas atendidas por el servicio de APS.

Los agentes comunitarios de salud forman parte formalmente de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), el modelo de APS orientada a la comunidad del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. El equipo multiprofesional de la ESF está formado por un médico general o especialista en medicina familiar y comunitaria, una enfermero/a, técnicos de enfermería y agentes comunitarios de salud. Los ACS tiene el papel de mediador social entre el equipo, los usuarios y las familias registradas. Su trabajo consiste en establecer relaciones de intercambio y comunicación entre diferentes actores y contextos socioculturales en los que, por un lado, está la población o comunidad en la que se inserta el ACS y, por otro, están los servicios públicos de salud, con sus propias normas y prescripciones reguladas por el Estado y controladas por la sociedad.

El trabajo del ACS abarca competencias i) habilidades técnicas para el seguimiento de individuos y familias, a través de acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y seguimiento de grupos poblacionales con problemas o condiciones específicas, como mujeres

embarazadas, ancianos, niños, personas con problemas como hipertensión, diabetes, tuberculosis, entre otros, con acciones individuales o colectivas en visitas domiciliarias a las familias bajo su responsabilidad; y ii) competencias políticas para la acción comunitaria y la promoción de la salud, discutiendo la salud y sus múltiples determinantes y actuando para incentivar la participación social y la organización comunitaria para enfrentar estos problemas.

El trabajo de los ACS en Brasil comenzó sin especificar su perfil profesional, con formación en el servicio, y poco a poco se institucionalizó, recomendando actualmente una formación técnica específica. En Brasil, los ACS son trabajadores asalariados con contratos de trabajo formales y una profesión regulada por ley.

Acción comunitaria y participación social

Las políticas nacionales de salud en América del Sur generalmente tienen como uno de sus pilares la participación comunitaria, con un cuerpo normativo, políticas y espacios de deliberación, organización y acción ciudadana. Este escenario fue posible gracias a la transición democrática que se ha dado en la mayoría de los países de la región desde finales del siglo XX, la cual produjo el inicio de un nuevo ciclo histórico que brindó la perspectiva de generar una sociedad más autónoma y una ciudadanía crítica, así como la creación de espacios públicos de participación, conflicto y diálogo (Calderón, 2009). Esta transición sentó las bases para la formación de espacios institucionalizados de participación de la población en políticas públicas, como la de salud.

La participación social en salud en muchos países sudamericanos es un espacio formalizado e institucionalizado, incluso constitucionalmente. Los consejos locales de salud institucionalizados en casi todos los países de América de Sur permiten la participación ciudadana y la articulación entre el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales.

Uno de los obstáculos para la realización de la APS integral es que la participación comunitaria muchas veces se limita a la formulación del diagnóstico del territorio, con poca participación en la toma de decisiones para cambiar las políticas que tienen impacto en los determinantes sociales de la salud (Labonté et al., 2009).

En los países que comparten una comprensión renovada de la APS, en la que la participación es uno de los principios rectores de los sistemas de salud, se ha consolidado la percepción de que los espacios de deliberación y participación ciudadana son instrumentos para democratizar la gestión pública y aumentar la eficacia de las políticas sociales. Sin embargo, la institucionalización de la participación tiene límites. No existe correspondencia entre la conquista de espacios de participación del poder público y el grado de acción y desarrollo político y organizativo de los sujetos sociales, y se observan problemas de representatividad, en la calidad de participación y en la posibilidad de influir en la deliberación.

En once países, los equipos de APS deben realizar un diagnóstico del territorio para identificar las condiciones socioeconómicas, de salud y los problemas prioritarios para orientar las intervenciones en la comunidad con el apoyo de los registros familiares, pero esta acción no siempre es sistemática.

Interculturalidad

El enfoque intercultural de los servicios de salud y la integración de la medicina tradicional de los pueblos indígenas, originarios y campesinos forma parte cada vez más de las políticas nacionales de salud, aunque su aplicación sigue siendo muy distinta.

Los debates sobre la construcción del campo de la “salud intercultural” y su debido reconocimiento y comprensión de la diversidad étnica en las sociedades son recientes en el campo de la medicina. Sin embargo, en América del Sur, las experiencias interculturales han producido importantes discusiones y la incorporación de aspectos de la medicina de los pueblos indígenas en sus sistemas de salud en algunos países de la región. A pesar de esto, los documentos formales de APS de la mayoría de los países no hacen mención clara al enfoque intercultural. Bolivia, Venezuela y Ecuador comparten el énfasis en el enfoque intercultural con respeto y asimilación de los conocimientos y prácticas de salud de los pueblos indígenas expresados en el concepto del “buen vivir”.

Existen experiencias interculturales localizadas en Chile, Colombia, Ecuador y Perú. En la mayoría de los países de la región, la comprensión del enfoque intercultural se restringe a un concepto de respeto a la

singularidad e integración sociocultural o establece sus fundamentos en las cuestiones indígenas.

El enfoque intercultural está más desarrollado en Bolivia, donde el concepto de interculturalidad está consagrado en la Constitución Nacional. Es uno de los pilares de la política nacional de salud y los equipos de atención primaria coordinan acciones con los médicos tradicionales del territorio bajo su responsabilidad (Tejerina-Silva, 2015). La interculturalidad es uno de los principios de la política de la Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCI). La interculturalidad se entiende como el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas -biomédica, indígena, campesina y otras- a partir del diálogo, la aceptación, el reconocimiento y la valoración mutua de saberes y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud. Se asocia a la intraculturalidad, entendida como la recuperación, fortalecimiento y revitalización de la identidad cultural de las naciones y pueblos indígenas, campesinos y afrobolivianos en términos de salud.

Tendencias y retos

Un reto para la atención integral en atención primaria es asegurar un adecuado equilibrio entre la prestación de la necesaria atención individual de calidad en tiempo y forma, y el abordaje de la salud colectiva territorial con estrategias de acción comunitaria, participación social y cooperación horizontal local. El reto es desarrollar estrategias para lograr la implantación coordinada de servicios de primer nivel de calidad, resolutivos, integrados con la red especializada y hospitalaria, con una potente acción comunitaria para abordar los determinantes sociales.

En América del Sur, persisten tensiones entre diferentes concepciones de atención primaria entre y dentro de los países, con diferentes enfoques que se implementan con avances y retrocesos. La segmentación de los sistemas de salud con diferentes coberturas y redes de servicios para grupos poblacionales según ingresos y la baja financiación pública de los sistemas de salud son obstáculos importantes para la realización de una atención primaria integral (Giovanella; Almeida, 2017). La búsqueda por implementar una atención primaria de salud verdaderamente integral es inseparable y enfrenta los mismos obstáculos que la construcción de sistemas públicos universales en nuestra región.

Sin embargo, la implementación de estos nuevos modelos de atención de la APS en los países de América del Sur sufrió retrocesos e interrupciones con cambios de gobierno en varios países a partir de mediados de la segunda década del siglo XXI. Las crisis económicas y políticas han interrumpido los avances, y actualmente (2022) existe la perspectiva de una reanudación con los gobiernos de algunos países renovados en su compromiso con la justicia social.

La pandemia de covid-19 ha sido abrumadora en la región con baja coordinación gubernamental y/o negacionismo del gobierno central en algunos países, como Brasil, el tercer país con mayor número de muertes por covid-19 en el mundo. Las disparidades en el acceso a equipos, vacunas y la concentración de estos recursos en los países centrales han mostrado la necesidad de alcanzar la soberanía sanitaria con la producción de vacunas, insumos, equipos y medicamentos en América del Sur.

La respuesta a la pandemia de covid-19 se ha centrado en la atención hospitalaria y los servicios de APS no se activaron en todo su potencial de respuesta poblacional a la pandemia. En casi todos los países, se subestimó la capacidad de los servicios de APS con sus servicios capilares. Sin embargo, las iniciativas de APS con un enfoque territorial y comunitario han tratado de integrar la vigilancia de la salud con acciones de promoción, prevención y tratamiento, aunque con cobertura parcial. Muchos equipos de APS se reinventaron en sus prácticas, realizando vigilancia sanitaria, descubriendo nuevas formas de atención a distancia por teléfono y WhatsApp para el seguimiento de casos y contactos, articulándose con movimientos comunitarios en acciones de comunicación, en el apoyo social a grupos vulnerables en territorios urbanos y rurales, buscando dar continuidad a sus actividades rutinarias, con una menor reducción de asistencias, e involucrándose en la vacunación de forma rápida, aunque condicionada a la disponibilidad de vacunas (Giovanella et al., 2021).

Las perspectivas positivas para la APS y los sistemas universales están ancladas en gobiernos comprometidos con la justicia social y posiciones regionales en defensa del derecho universal a la salud. En 2018, en conmemoración de los 40 años de la Declaración de Alma Ata, y en preparación de la conferencia de Astana (Giovanella et al., 2019), la OPS convocó a una comisión integrada por representantes de movimientos sociales, científicos y gobiernos de América Latina, que reafirmó la APS como un camino necesario y sostenible para alcanzar la salud universal, entendida

como un derecho de todos con calidad, equidad y justicia social. Para ello, recomendó políticas de Estado que garanticen este derecho y respeten la diversidad, con recursos suficientes y acceso equitativo. La comisión presentó recomendaciones para la APS y la garantía del derecho a la salud, con énfasis en:

- reafirmar la responsabilidad ineludible del Estado, de los gobiernos, de garantizar el derecho a la salud;
- desarrollar modelos de atención basados en la APS, centrados en las personas y las comunidades, considerando la diversidad humana, la interculturalidad y la etnicidad;
- generar mecanismos de participación social real, incluyente y accesible, con perspectiva de diversidad (intercultural y funcional) para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud;
- abordar los procesos de determinación social a través de intervenciones intersectoriales en salud que promuevan cambios sustantivos en las condiciones ambientales, sociales, económicas, habitacionales y de infraestructura básica de la población en cada territorio;
- valorar a los recursos humanos como protagonistas en la construcción y consolidación de modelos de atención basados en la APS;
- desarrollar un modelo de financiación que garantice la suficiencia, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad de los sistemas públicos universales de salud (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Se trata de recomendaciones que pueden orientar las estrategias de los gobiernos y las acciones de los movimientos sociales en defensa de sistemas públicos universales de salud para garantizar el derecho universal a la salud en nuestros países.

REFERENCIAS

CALDERÓN, Fernando. Inflexión histórica: la situación socio-institucional en el cambio político de América Latina. In: FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura V. C. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 83-100.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 33, e00118816, 2017. Suplemento 2. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. Atención primaria de salud en América del Sur. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde, 2015. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 12 ago. 2021.

GIOVANELLA, Lígia et al. A atenção primária à saúde integral é parte da resposta à pandemia de Covid-19 na América Latina? Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/?lang=es>. Acesso em: 12 ago. 2021.

GIOVANELLALígiaetal.AtenciónprimariadesaludenSuramérica.¿reorientación hacia el cuidado integral? In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Atención primaria de salud em suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2015. p. 23-58. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 21 ago. 2021.

GIOVANELLA, Lígia et al. De Alma-Ata a Astana. Atención primaria y sistemas universales de salud: compromiso inseparable y derecho humano fundamental. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n3/1678-4464-csp-35-03-e00012219.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2022.

INSTITUTO SUDAMERICANO DE GOBIERNO EN SALUD. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2012. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_403158050.pdf. Acesso em: 5 nov. 2024.

LABONTÉ, Ronald et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. Dossier. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Colombia, v. 8, n. 16, p.13-29, 2009.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Disponible em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43952>. Acceso em: 22 out. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Renovação da atenção primária em saúde nas américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31085/9275726981-por.PDF?sequence=1HYPERLINK>. Acesso em: 10 out. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de alto nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS, 2019. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50960/9789275320778_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 20 out. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Tablero de los indicadores básicos. Portal de Indicadores Básicos: región de las Américas. Disponível em: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>. Acesso em: 12 out. 2022.

RÍOS, Gilberto. Atención primaria de salud en Argentina, Paraguay y Uruguay. In: GIOVANELLA, Lúgia (org). Atención primaria de salud em Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde, 2015. p. 59-110. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.

STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>. Acesso em: 5 nov. 2024.

TEJERINA-SILVA, Herland. Atención primaria de salud en Bolivia, Ecuador y Venezuela ¿Transición hacia la atención primaria integral? In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). Atención Primaria de Salud em Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde, 2015. p. 111-154. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 3 out. 2022.

TESTA, Mario. Pensar em saúde. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

VEGA-ROMERO, Román; ACOSTA-RAMÍREZ, Naydú. La atención primaria en sistemas de salud basados en el aseguramiento: el caso de Chile, Colombia y Perú. In: GIOVANELLA, Lígia (org.). Atención Primaria de Salud em Suramérica. Rio de Janeiro: Instituto Sul-americano de Governo em Saúde, ISAGS, 2015. p.195-255. Disponível em: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2.pdf. Acesso em: 30 out. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The global health observatory. Global health workforce statistics database. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>. Acesso em: 20 dez. 2022.

CAPÍTULO 4

La formación de técnicos de la salud en América del Sur: nuevos enfoques a partir de viejos hallazgos

Anakeila de Barros Stauffer

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz
Profesor en el municipio de Duque de Caxias (RJ)

Marcela Alejandra Pronko - EPSJV/Fiocruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz

Introducción

Para iniciar nuestra reflexión sobre la formación de los trabajadores técnicos de salud, es pertinente explicar nuestra comprensión de que el trabajo técnico en salud no se define en relación con el nivel de educación alcanzado por los trabajadores, sino por las características del proceso de trabajo en salud, que históricamente abarca desde actividades más elementales – con niveles de educación bajos o muy bajos – hasta actividades consideradas más complejas – con formación que varía hasta niveles de educación más avanzados, como el bachillerato e incluso la formación de tecnólogos realizada en establecimientos de enseñanza superior. Lo que une a esta miríada de trabajadores es el hecho de que realizan actividades técnico-científicas en el sector, que tienen una autonomía muy limitada en el ejercicio sus funciones y que constituyen el mayor número de profesionales de la salud (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2003).

Sin embargo, debemos reflexionar sobre el hecho de que, aunque el nivel de escolaridad inicial no sea históricamente decisivo para definir a este grupo de trabajadores, su cualificación se define como el resultado de una relación social, ya que lo que está en juego es la cantidad de conocimientos técnicos necesarios para el ejercicio de su actividad profesional. Así, en la formación de los técnicos sanitarios subyace la siguiente pregunta: ¿qué necesitan saber para desempeñar una determinada función de acuerdo con la división del trabajo en salud? O, en otras palabras, ¿a qué «porciones» del conocimiento pueden acceder determinados sujetos

y cuáles no les permitirá para ejercer su actividad profesional (Pereira, 2002)? La definición de esta cuestión determinará la escolaridad de estos trabajadores – que es diferente en los distintos países latinoamericanos y en los distintos períodos históricos. A su vez, se relacionará con las formas de jerarquización que asume el proceso de trabajo en salud, determinando los grados y tipos de subordinación y/o ejercicio de la autonomía profesional entre los diferentes grupos de ocupaciones y profesiones que participan¹. Todos estos elementos se relacionan con la distribución de los puestos de trabajo en el sector de la salud, considerando las diferentes categorías y regiones.

Por lo tanto, la formación de los trabajadores técnicos implica discutir el acceso y la legitimación del conocimiento – que, al mismo tiempo que es producido por la organización del sector de salud, contribuye a su jerarquización. Esta jerarquía delinea la polarización histórica en el proceso de trabajo en salud que, en general, se expresa entre la formación de nivel superior (configurada principalmente por la formación de los médicos) y la formación de quienes los “asisten” – en particular aquellos vinculados al área de enfermería que se dedican a la organización sistémica del cuidado de la salud. Sin embargo, la progresiva incorporación de la tecnología al sector sanitario ha conducido a la complejización y especialización de sus diferentes funciones, lo que ha hecho necesario que quienes las desempeñan tengan un mayor nivel de formación.

El desarrollo de la ciencia, la incorporación de la tecnología en este sector y la transformación de ambas en potencia productiva y mercancía especializada exigen ahora un proceso de formación diferenciado. Si bien, históricamente y en general, los trabajadores de la salud – especialmente los técnicos y asistentes en Brasil – fueron formados a partir de la práctica en el trabajo, al mismo tiempo las exigencias de un nivel mínimo de educación incorporan la necesidad de niveles superiores de escolaridad y certificación. Así, el sistema educativo, a la luz de la jerarquización producida en el sistema de salud, también constituye la formación del técnico de forma jerárquica, determinando, como dijimos anteriormente, la porción de conocimiento que pertenece a cada uno.

A lo largo del camino, un conjunto de funciones propias de las instituciones de salud ha incorporado requisitos generales y específicos de

¹ Se trata de procesos estudiados por la sociología del trabajo, como la delimitación y clasificación de campos que determinan su autonomía en el trabajo, afectando en mayor o menor control de su desempeño y definiendo su *estatus social* (Castro, 1992).

certificación educativa que hoy configuran el personal sanitario y constituyen uno de los elementos centrales del debate sobre la formación.

Además, hay que destacar la importancia de los trabajadores técnicos de salud, que constituye el principal personal sanitario en términos numéricos. Esta gran categoría de trabajadores lleva a cabo diversas actividades y es en gran parte responsable del funcionamiento del sistema y de la atención más directa a la población. A pesar de ser pilares fundamentales del sector de la salud, por estar subordinados a otros profesionales, y por su falta de reconocimiento profesional, son generalmente invisibilizados, situación que se observa en el desconocimiento de quiénes son, qué hacen y dónde están asignados, según el Documento de Manguinhos sobre la Formación de los Trabajadores Técnicos de la Salud en el Mercosur (apud Pronko; Corbo, 2009, p. 254).

Si esta afirmación es cierta para todos los trabajadores técnicos sanitarios, resulta más dramática para algunas categorías específicas. A modo ilustrativo, podemos mencionar a los trabajadores técnicos de Información y Registros en Salud, en un mundo que la información aparece como teniendo una centralidad en el funcionamiento de lo social, tienen la importante tarea de operar “con informaciones esenciales y estratégicas para el buen funcionamiento de los servicios de salud” (Soares; Sharapin; Machado, 2013, p. 199). Sin embargo, en Brasil, el escaso reconocimiento y valoración de estos trabajadores se traduce en insuficientes ofertas de formación y ausencia de la regulación del trabajo que desarrollan (Soares, Sharapin; Machado, 2013). A través de una formación realizada a partir de iniciativas aisladas en algunas instituciones públicas -sin ser un requisito para el desempeño de la función- y con relaciones laborales precarias, se debilita la construcción de su identidad como trabajadores y no se reconoce su autonomía, lugar e importancia para los sistemas de salud (Martins; Sharapin; Munck, 2018).

Otro ejemplo por citar son los agentes de salud, que tienen diferentes nomenclaturas en América Latina, denominados Agentes Comunitarios de Salud en Brasil. Aunque son considerados trabajadores estratégicos en Atención Primaria por su desempeño permanente en los territorios donde se desarrolla la vida cotidiana de la población, cuentan con una formación ligera, instrumentalizada, generalmente restringida a una capacitación más o menos puntual. En cuanto a sus relaciones laborales, en la mayoría de los casos están sometidos a contrataciones precarias y a los salarios más bajos de su equipo (David, 2021).

Todo este escenario profundiza y consolida el proceso de invisibilización de los trabajadores técnicos, que tiene configuraciones singulares en cada país de la región. El objetivo de este artículo es intentar desentrañar algunos de estos aspectos sobre la formación de técnicos sanitarios en América Latina, aportando algunos hallazgos que permitan actualizar desafíos y reflexiones sobre el panorama actual.

Las siguientes reflexiones se basan en un conjunto de acciones de investigación² y cooperación³ coordinadas y/o desarrolladas por la Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) junto con las instituciones de investigación y/o formación de la región. A pesar de

² Con el objetivo de contribuir a la discusión esbozada, entre marzo de 2007 y mayo de 2009, la Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio de la Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) coordinó la investigación "A Educação Profissional em Saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde". La información recopilada y los análisis realizados permitieron la realización en 2008 del Primer Seminario Internacional "Formación de Técnicos de Salud en Brasil y MERCOSUR" en la EPSJV, durante el cual se elaboró y aprobó el "Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde", constituyendo un registro relevante de los principales temas abordados y las referencias necesarias para el tratamiento del tema a nivel regional. Continuando con estas referencias, la EPSJV desarrolló, entre 2011 y 2013, un nuevo proyecto de investigación titulado "A Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional", con el objetivo de elaborar un diagnóstico regional de la formación de los técnicos de la salud, con el objetivo de contribuir a las acciones de cooperación internacional entre los países de ese bloque. Se trata de un estudio multicéntrico, interinstitucional, desarrollado por equipos locales, coordinado por instituciones de investigación estratégica de Argentina (*Instituto de Investigación en Salud Pública – Universidad de Buenos Aires y Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de la Nación Argentina*), Paraguay (*Instituto Nacional de Salud – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*) y Uruguay (*Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas – Universidad de la República*), que realizaron el relevamiento y análisis de información de base nacional sobre la formación de técnicos de salud en sus respectivos países, bajo la coordinación general del equipo de investigación de la EPSJV. En el marco de este proyecto, se realizó el Segundo Seminario Internacional sobre la Formación de Técnicos de Salud en el Mercosur (noviembre de 2012), que aprobó, a su vez, el Segundo Documento de Manguinhos sobre la formación de estos trabajadores, actualizando los desafíos específicos regionales, a través de una evaluación de los cuatro años transcurridos desde el primer documento. Más información en Pronko; Corbo (2009); Pronko et al. (2011) y Stauffer; Corbo (2014).

³ Nos referimos en particular a la acción de cooperación técnica realizada por la EPSJV/Fiocruz en el ámbito del "Plan de Mejora de la Calidad de Instituciones Formadoras de Técnicos en Salud" con los Ministerios de Educación y Salud de la Nación Argentina, actividad que se desarrolló con el objetivo de contribuir al mejoramiento de las condiciones para la formación de los trabajadores técnicos de la salud en Argentina. Una evaluación de esta experiencia se puede encontrar en la publicación *Avaliação de Processo de Cooperação Técnica Internacional entre Brasil e Argentina na Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde* (Stauffer et al., 2015). Otra acción de cooperación fue la experiencia del Curso de Formación para Docentes en el Área de la Salud, que se realizó entre julio de 2016 y julio de 2017, como resultado de la acción de cooperación internacional entre la EPSJV/Fiocruz y la Universidad de la República de Uruguay/Udelar, que tuvo como objetivo formar docentes/profesionales que se desempeñan como docentes en el área de la salud. El libro *Formação crítica de professores da área da Saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai* (Leher; Ruela, 2020) describe los principales aspectos de la asociación.

algunos de los estudios mencionados han cumplido una década y los datos aportados por ellos necesitan ser revisados, una de las características del trabajo técnico en salud y la invisibilidad de los sujetos que lo realizan es la falta de información actualizada, sistematizada y disponible a nivel nacional y regional. Por otro lado, las políticas educativas, laborales y de salud implementadas en ese período en los países de la región han profundizado las tendencias identificadas en ese momento, sin que lamentablemente apunten indicadores de reversión, lo que reafirma la relevancia de los análisis realizados en ese momento. De esta manera, presentamos brevemente algunas reflexiones sobre la formación de los trabajadores técnicos de la salud, considerando inicialmente las denominaciones que asumen, y luego destacando algunas tendencias generales que caracterizan su formación a nivel regional. Por último, consideramos los desafíos de esta formación en un contexto pandémico en el que se evidencia cuán estratégicos son estos trabajadores para la salud de la población.

Técnicos de la Salud: consideraciones en torno a un nombre

Investigar a los “técnicos de la salud” en América Latina nos presenta una dificultad relacionada con la diferencia histórica entre estos países en cuanto a los logros en materia de derecho a la educación donde se desarrolla dicha formación. En vista de esto, la definición de “trabajadores técnicos de la salud” será diferente en cada país.

La diferenciación más llamativa se encuentra en Brasil, que circunscribe la formación técnica en el nivel secundario de escolaridad, es decir, el trabajador debe haber cursado los nueve años de escolaridad en la escuela primaria y los tres años de la escuela secundaria, además de haber completado su curso técnico específico, que, en el área de la Salud, oscilará entre 800 y 1.200 horas. Los demás países que participaron en las investigaciones mencionadas -Argentina, Paraguay y Uruguay- consideran la formación de estos trabajadores como educación superior, realizada tanto en instituciones universitarias como en institutos terciarios no universitarios.

Lo que a primera vista constituye una diferencia fundamental, puede relativizarse en un análisis más profundo, por ejemplo, la configuración histórica de los sistemas educativos en cada país. Como se ha señalado anteriormente, un curso técnico en Brasil se realiza después de obtener

12 años de escolaridad, es decir, adquiere un formato de curso postsecundario en la mayoría de los casos, similar a la formación ofrecida en otros países. Esto se debe a la reforma educativa brasileña que tuvo lugar en la década de 1990, que tuvo como máxima expresión jurídica la Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (Nº 9324/96). En esta ley, la educación técnica fue separada de la educación secundaria, y puede llevarse a cabo de tres formas diferentes: integrada con la educación secundaria, en la que se debe organizar un currículo integrado entre ambas formaciones (educación secundaria y educación técnica); concomitantemente, cuando los dos cursos se imparten al mismo tiempo, pero en instituciones diferentes sin interlocución entre ellos; y posterior, en la que el alumno realiza una formación técnica después de haber cursado la enseñanza media.

Datos de 2007 (Pronko et al., 2011) mostraron que más del 90% de las instituciones que ofrecen formación técnica en salud en Brasil lo hacen en formatos concomitantes y, especialmente, posteriores. En la práctica, esto significa que el curso técnico en salud adopta la forma de un curso postsecundario en la mayoría de los casos, aunque se realiza en instituciones que no necesariamente conforman la llamada “educación superior”.

Otro factor importante para profundizar las posibilidades de comparación es el estudio de la carga horaria de las calificaciones técnicas en salud ofrecidas en los países. Identificamos que, independientemente del nivel de educación al que estén asociados, la diversidad es inmensa: en Argentina, Paraguay y Uruguay, la carga horaria de las calificaciones técnicas en salud varía de 1.000 a 3.800 horas, dependiendo de cada calificación y de cada país, con la pasantía incluida en ella. En Brasil, sin embargo, la carga horaria mínima para la formación de un técnico en salud es de 1.200 horas, con la adición de la pasantía obligatoria que puede diferenciar cada calificación. Esto indica que pensar en procesos de equivalencia de certificación requerirá un análisis detallado de cada titulación/cualificación técnica, considerando también un análisis que vaya más allá de los requisitos educativos formales, enfocándose en los diseños curriculares y las características de cada proceso de trabajo donde se desarrolla la actividad de los técnicos, en cada país y en cada especialidad. Tal análisis no puede dejar de examinar los grados de subordinación del trabajador capacitado al profesional con certificación superior, que también son variables.

Lo destacable, por tanto, es que la comparación de la realidad de los técnicos sanitarios en cada país nos plantea el complejo desafío de considerar su proceso de trabajo específico, la configuración histórica de su especialidad, el papel que juegan las corporaciones profesionales sobre cada una y la función reguladora ejercida o no por cada Estado.

Si tomamos el tema de la regulación y reglamentación del ejercicio profesional y su impacto en los procesos formativos, la certificación y la definición de grados de desempeño y subordinación en el proceso laboral, tendríamos un amplio campo de investigación, ya que se enfrenta situaciones diferentes entre los países.

Cabe señalar que persiste, dentro de cada uno de los estados encuestados, una tensión entre las políticas educativas – que certifican a los profesionales – y las políticas sanitarias – que orientan su actividad y sus posibilidades de inserción – a través de mecanismos de regulación del trabajo en el sector y la amplitud de su intervención social, traducida en modelos de atención más o menos integrales y universales. Por lo tanto, esta tensión afectará la definición de la función técnica del profesional de la salud, como se ilustra a continuación.

En Brasil, especialmente desde finales de la década de 1990, con la incidencia de las políticas educativas neoliberales, se han dado algunos casos de desplazamiento de la formación del nivel técnico secundario al nivel tecnológico superior. Ello se dedujo, en gran medida, del proceso de privatización de la educación superior, que permitió, entre otras cosas, la multiplicación de los cursos de formación de tecnólogos correspondientes a las denominadas “carreras cortas”. Si bien, desde el punto de vista de la certificación escolar, las instituciones que ofrecen este tipo de cursos son reconocidas por el Ministerio de Educación, desde el punto de vista de la inserción profesional, ni el Ministerio de Salud, ni las respectivas corporaciones profesionales, se pronunciaron a favor del reconocimiento de la calificación profesional de estos graduados. Otro ejemplo es la realidad uruguaya en la que la formación de los técnicos sanitarios se realiza predominantemente de manera autónoma en relación con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, a través de los cursos desarrollados por la Universidad de la República, que es autónoma y responsable de más del 80% de los cursos que se ofrecen en el país. Aunque en este país la regulación del trabajo de los profesionales de la salud no esté delegada a las corporaciones profesionales, las presiones del corporativo y del

propio mercado laboral se procesan dentro de la universidad con notable independencia de las políticas de salud diseñadas a nivel nacional, afectando directamente la elaboración de los planes de estudio de los cursos de formación de técnicos.

En Argentina, a su vez, en 2002, se creó una Comisión Interministerial mediante el Acuerdo N° 296/2002, integrada por representantes del *Ministerio de Educación de la Nación (ME)* y del *Ministerio de Salud de la Nación (MSAL)*, con el objetivo de regular y supervisar el ejercicio profesional, validar los títulos a nivel nacional, así como otorgar el registro profesional (Albano; Wansidler; Rosenbaum, 2009). Esta Comisión fue creada debido al contexto histórico anterior, que sufrió de las políticas neoliberales, instituyendo procesos de descentralización financiera y administrativa en todos los servicios educacionales de los niveles primario, secundario y superior no universitario y provocando la distribución desigual de los recursos a nivel nacional a los 24 gobiernos provinciales. En el análisis de Duré (2009), esta descentralización en la educación condujo a la configuración de una variedad de ofertas educativas orientadas a determinados perfiles de técnicos vinculados a las fuerzas del mercado, así como cursos con la misma nomenclatura, pero con diferentes contenidos, y diferentes nomenclaturas para el mismo perfil profesional.

En Argentina se logró articular los dos Ministerios – Educación y Salud – al comprender que la formulación de los perfiles profesionales, la capacitación, la certificación y el reconocimiento de los trabajadores del sector de la salud requieren acción de ambos organismos. Todo el trabajo incorporó, en las mesas asesoras encargadas de la elaboración del documento base, a representantes de las instituciones formativas, académicas y laborales relacionadas con cada formación específica⁴ (Albano; Wansidler; Rosenbaum, 2009). Este documento se convirtió así en el marco de referencia para las jurisdicciones provinciales, con el fin de orientar el proceso de certificación nacional de títulos, la definición de las relaciones funcionales y jerárquicas de los técnicos en los equipos de salud (Pronko et al., 2011). De esta manera, las provincias pueden formar profesionales de la salud sin la orientación de los marcos de referencia, pero estos trabajadores no contarán con un diploma con validez nacional, solo provincial, lo que limita territorialmente su actuación (Stauffer et al., 2015).

⁴ Llamados *tecnicaturas* en el país.

En todos los casos, es posible identificar el fuerte impacto del mercado en la formación de los trabajadores de la salud, especialmente a partir de la década de 1990, época de intensificación de los procesos de neoliberalización (Harvey, 2008) en los países latinoamericanos.

Otro elemento que podemos destacar se refiere a las diferentes interpretaciones nacionales de “trabajo técnico en salud”, es decir, la comprensión como “profesionales” tampoco es exenta de ambigüedades. Existe una diferenciación terminológica de lo que se considera un “profesional” de la salud: en el caso de Argentina, por ejemplo, los enfermeros/as no son considerados técnicos de salud, mientras que en Brasil se entienden como la principal profesión técnica. Siguiendo con las denominaciones, también existen diferencias terminológicas que inciden en la denominación de las áreas y/o subáreas de cualificación profesional, definiendo espacios de actuación y/o funciones más o menos amplias para sus egresados, según los casos. Un ejemplo, son los trabajadores técnicos de radiología en Brasil que son considerados trabajadores del área de ‘diagnóstico por imágenes’ o ‘imagenología’, y deben complementar su formación inicial con especializaciones técnicas relacionadas con las diferentes áreas de actividad para ocupar determinados espacios en el desempeño de sus actividades. Todavía en este campo, y en Brasil, la distinción entre técnicos y tecnólogos en radiología se basa más en el nivel de formación (el primero en el nivel secundario, el segundo en el nivel superior), que en las formas concretas de inserción en el proceso de trabajo. Pero, si los nombres parecen diferenciar a estos trabajadores a nivel nacional y funcional, otras tendencias sobre su trayectoria contemporánea los acercan en sus características.

Algunas tendencias que orientan la formación de los trabajadores técnicos de la salud

Cuando se creó el Mercosur, uno de sus principales objetivos declarados era permitir la libre circulación de personas y servicios. Sin embargo, por mucho que abogara por el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales – lo que incluiría considerar el derecho de las personas a trabajar y vivir una ciudadanía regional plena en los países donde eligieron trabajar y, sobre todo, buscar materializar derechos comunes para que los profesionales no huyeran a determinados países en busca de mejores condiciones de vida –, el énfasis de la integración regional siempre ha estado eminentemente centrado en el libre comercio.

Pensar en derechos máximos comunes a todos los ciudadanos del Mercosur requeriría enfocarse en tres grandes áreas que se superponen – la regulación de las relaciones laborales, las políticas educativas y de salud – para instituir políticas comunes (Pronko; Stauffer; Corbo, 2014).

La investigación realizada nos permite esbozar algunas similitudes en la formación de técnicos de la salud en estos países, sin duda, importantes para considerar cómo la formación puede contribuir a la implementación del derecho a la salud de la población. A continuación, resumimos algunas de las principales tendencias:

a) *Concentración geográfica y gestión privada de las instituciones de formación:*

Uno de los mapeos realizados en la investigación consistió en identificar dónde estaban ubicadas geográficamente las instituciones que capacitan a los técnicos en salud. Aunque había diferencias en la distribución regional entre los países, era posible constatar una cierta concentración geográfica de la oferta en los grandes centros urbanos y regiones metropolitanas, siguiendo la distribución general de los equipamientos educativos y sanitarios.

En Argentina, en 2011, la región central concentró el 64% de las instituciones de formación, de las cuales el 43% se circunscribió en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Paraguay, los datos recopilados en 2010 indican que las instituciones de formación se concentraron en Asunción y los departamentos (provincias) circundantes.

En el caso de Uruguay, como la Universidad de la República (Udelar) es responsable de casi la totalidad de la formación que se ofrece a estos trabajadores, terminó concentrando en Montevideo, su principal centro. Sin embargo, es importante mencionar que, desde 1979, se ha producido un proceso de internalización de estos cursos en Paysandú y otras sedes que se han consolidado más recientemente. Sin embargo, en la última década también ha habido un aumento de los cursos en las universidades privadas –especialmente en la Universidad Católica del Uruguay y la Universidad de la Empresa– que han comenzado a ofrecer cursos como enfermería, fisioterapia, psicomotricidad, fonoaudiología, imagenología, y

se preparan para abrir hemoterapia. También está el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAE), una universidad que ofrece el curso de medicina⁵.

En Brasil, según datos de 2007 (Pronko et al., 2011), las instituciones de formación de técnicos en salud se ubican en las regiones con mayor concentración económica – Sudeste (56,48%) y Sur (18,46%) – dejando a las demás regiones brasileñas con el siguiente porcentaje: Norte (5,44%), Centro-Oeste (5,93%) y Nordeste (13,51%).

Estos datos muestran que la creación de instituciones educativas en estos países, especialmente a partir de la segunda mitad del siglo XX, ha acompañado el proceso de urbanización y consecuente concentración urbana, lo que nos lleva a indagar sobre las fuertes desigualdades regionales que persisten en los países mencionados y que penalizan particularmente a las poblaciones rurales de cada país, ya sometidas a la lógica expulsiva del agronegocio. Es evidente que esta desigualdad no se limita a la distribución de los establecimientos educativos, sino que también se refleja en la cobertura de los sistemas de salud, y en la oferta de vacantes en el mercado laboral de la salud (Pronko et al., 2011).

La situación empeora si cruzamos estos datos con la expansión del sector privado, incluso considerando las variaciones de cada país en materia de educación y salud. Entre los países estudiados, solo Uruguay sigue teniendo un predominio del sector público en formación, como se ha señalado anteriormente. Los demás países, en el momento de la encuesta, tenían un claro predominio de instituciones privadas de formación: Argentina, con el 66%; Brasil con el 87% y Paraguay alrededor del 95% – la mayoría de las instituciones fueron creadas entre las décadas de 1990 y 2000, época de fuerte instauración del neoliberalismo y de la privatización de la educación técnica en los países latinoamericanos –, ya sea en la educación superior o en la secundaria, como en el caso de Brasil. La mayor o menor incidencia de la lógica privatizadora en cada caso nacional no se puede entender separada de los procesos históricos, particularmente en lo que se refiere a la resistencia y movilización de la población capaz de contener dichos procesos privatizadores, como resultado de la reforma de estos Estados nacionales. En este sentido,

⁵ Gracias a Patrícia Manzoni, directora de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica/Udelar, por actualizar parte de la información.

[...] A pesar de que la investigación se limitó a observar los procesos de formación de los trabajadores técnicos en salud, se puede afirmar que la constitución de “mercados de formación” estuvo correlacionada con la extensión de “mercados de salud” que se desarrollaron de manera desigual en cada uno de los espacios nacionales, incluyendo aquellos donde la definición de sistemas públicos de salud universal orientó las acciones de los sectores empresariales. (Pronko; Stauffer; Corbo, 2014, p. 24, énfasis añadido)

Lo que se puede observar, por lo tanto, es que la formación privada no ha contribuido a una educación ampliada e integral, aportando las bases científicas del trabajo técnico. Por el contrario, en general, esta formación se basa en la adquisición de conocimientos prácticos de carácter instrumental, tecnicista, que ha ido poniendo en práctica la pedagogía hegemónica del capital, es decir, la pedagogía de las competencias que desarrolla valores como la eficiencia, la eficacia, el emprendimiento, la organización de las actividades de forma estandarizada. Así, se instituye un discurso hegemónico que se convierte en sentido común de que la “buena educación” es aquella que capacita a un trabajador para ser versátil, multi-calificado, flexible frente a situaciones impredecibles, que es capaz de colaborar con su equipo (Pronko et al., 2011). Sin embargo, este trabajo en equipo no está imbuido de un proceso colectivo de organización de los trabajadores, sino de hacer bien su parte para que todo el equipo sea considerado bueno, dentro de los parámetros capitalistas, de la “colaboración” como nuevos valores ordenadores de la sociedad contemporánea.

El “nuevo trabajador” termina constituyéndose -y formándose para tal perspectiva- como un sujeto alienado de la responsabilidad colectiva y de la comprensión de su rol social como ciudadano y como trabajador que entiende la Salud como un derecho de todos. Investigaciones más recientes corroboran las conclusiones presentadas. Corrêa, Clapis y Moraes (2022), por ejemplo, analizaron los planes de curso de seis escuelas formadoras de trabajadores de salud en el estado de São Paulo, cuatro públicas y dos privadas, tratando de reflexionar sobre las aproximaciones y distancias de esta formación para el SUS y desde una perspectiva humana. Con base en este análisis, los autores concluyen:

Los orígenes históricos del área de la salud, que explican la adhesión a modelos instrumentales e incluso la falta de formación de algunos trabajadores, se enfrentan a las demandas surgidas de SUS, como

la comprensión de la salud relacionada a las condiciones de vida y de trabajo, la construcción de la atención integral y la lucha por el mantenimiento del derecho a la salud. A pesar de conquistas como la realización de proyectos de formación, como el Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores de Enfermería (Profae) y otros, así como la creación de escuelas técnicas del SUS (ETSUS), a partir del conjunto de planes analizados, aún existen debilidades en cuanto a la propuesta de proyectos de formación robustos en la consolidación del SUS. Estas debilidades están asociadas a la falta de referencia explícita en el SUS en la mayoría de los planes de curso analizados, con excepción de dos en enfermería, uno de los cuales pertenece a la ETSUS. En todos los planes, excepto en uno de los cursos de nutrición y dietética de una institución pública, hay alguna inserción directa del SUS en las justificaciones, objetivos o contenidos didácticos. Y en los CNCT de todas las áreas en foco, el SUS no está presente explícitamente, lo que ocurre solo en la versión actual, que lo incluye como conocimiento fundamental. En los planes, con énfasis en los cursos técnicos de farmacia y nutrición y dietética, se destaca el enfoque explícito en el mercado en las justificaciones y tendencias. Por lo tanto, se pueden aprehender más desviaciones que aproximaciones a la formación para el SUS. (Corrêa; Clapis; Moraes, 2022, p. 12)

En este sentido, seguimos afirmando que la formación del personal técnico sanitario se ha constituido dentro de los estrechos límites establecidos por el “mercado laboral”.

b) La definición de la oferta formativa: la omnipresencia del mercado laboral.

La segunda semejanza encontrada entre los países que participaron en la encuesta se refiere a la definición de la oferta de cursos técnicos orientados por el mercado laboral, tanto en instituciones públicas como privadas. Como se planteó anteriormente, la incidencia predominante de las instituciones privadas conforma al trabajador a la sociabilidad capitalista, configurando los cursos y sus planes de estudio de acuerdo con esta perspectiva. Por lo tanto, el “mercado de trabajo” está vinculado al “mercado de formación”.

En los tres países que llegaron a la fase final de la investigación – Argentina, Brasil y Uruguay – se verifica que las titulaciones más ofertadas son las mejor absorbidas por el mercado laboral, tanto público como privado, especialmente la enfermería. A pesar de desempeñar un papel primordial

en los equipos de salud, podemos inferir que el curso de enfermería es el más ofertado también debido a la baja complejidad tecnológica del proceso de formación, proporcionando mayores ganancias y menores inversiones por parte de instituciones privadas y gobiernos. La organización de las ofertas formativas por parte del mercado – ya sea formativo o laboral – no está en consonancia con las necesidades y urgencias del sector sanitario. Y no se trata solo de la disponibilidad en el mercado de un número desajustado de trabajadores disponibles para determinadas funciones, mientras que otros pueden ser casi inexistentes. Mucho más complicada es la configuración de cursos de formación que no dialogan con las políticas educativas y sanitarias, definiendo contenidos ajenos a las necesidades de estos ámbitos y lineamientos ajenos a los que orientan los sistemas públicos de salud. A modo ilustrativo, podemos mencionar que el proceso de formación del futuro trabajador se centra únicamente en su rol técnico y responsabilidad, eximiéndose de discutir su inserción política y estratégica en el sistema público de salud y en el proceso de trabajo, ya que estos trabajadores son los que constituyen el mayor contingente de trabajadores de los sistemas sanitarios, constituyendo la primera línea de atención a la población.

Este concepto de formación técnica, caracterizado por un alto grado de instrumentalidad, se construyó históricamente debido a la creciente necesidad de estructurar los servicios de salud. Así, en los primeros tiempos, quienes trabajaban allí aprendían en la rutina diaria del servicio, observando a técnicos más experimentados, sin ninguna reflexión sobre la base conceptual de ese aprendizaje y sin reflexión política sobre el papel del trabajo realizado en la estructuración de los servicios de salud.

Sin embargo, el trabajo sanitario se ha vuelto más complejo y está estructurado de forma jerárquica y fragmentada, por lo que requiere una escolarización formal previa, así como un proceso de formación específico para cada campo de especialización. Este hecho comenzó a requerir algún tipo de diálogo con el sistema educativo formal, resultando en una doble regulación para estos trabajadores: la proveniente de las autoridades educativas (ministerios de educación o instancias jurisdiccionales equivalentes) y la relacionada con la regulación laboral (que varía en cada país, ya sea llevada a cabo por los ministerios de salud o instancias jurisdiccionales equivalentes, por las corporaciones profesionales que se enfocan en el rol de cada especialidad y su acciones en los procesos de trabajo, o por formas mixtas de regulación). Cabe señalar, sin embargo,

que estas esferas no necesariamente dialogan o tienen una direccionalidad común, sino que a menudo se regulan con sus propias lógicas, lo que provoca desajustes entre la formación y el proceso de trabajo. Una ilustración de este proceso se puede encontrar en el artículo “Los invisibilizados y su sombra: un estudio de caso”: Los “técnicos idóneos” en Medicina Nuclear en Argentina (2018-2024)” presentado en esta publicación.

Otra laguna importante por destacar es la creación de documentos pedagógicos que orienten a las instituciones de formación. Tanto en Brasil – bajo el nombre de Proyecto Político Pedagógico – como en Argentina – bajo el nombre de Proyecto Educativo Institucional – se defiende la elaboración de un documento que explique la concepción política y pedagógica de la institución de formación y, consecuentemente, de los cursos ofrecidos. Ese documento debe ser elaborado colectivamente, pues involucra a todos los trabajadores de la institución y a su comunidad, y debe delinear los objetivos de la institución, es decir, sus presupuestos filosóficos, sociológicos, didácticos y metodológicos (Stauffer, 2007).

Sin embargo, este instrumento a menudo se reduce a un documento burocrático, construido por un pequeño grupo de especialistas, y no se incorpora a la práctica docente, no es raro que los profesores lo conozcan. Convertido en un requisito formal para el funcionamiento de las instituciones educativas, no repercute en la práctica cotidiana del proceso de enseñanza-aprendizaje, contribuyendo a una comprensión de la práctica pedagógica como una mera reproducción de las técnicas requeridas por el mercado laboral.

c) La ausencia de políticas (y prácticas) de formación docente para la formación de técnicos sanitarios.

El tema de la docencia es un dato relevante por abordar, ya que faltan políticas orientadoras para la formación docente de formadores de técnicos en salud, tanto desde el punto de vista de las autoridades educativas como de las autoridades sanitarias. En la práctica cotidiana, esta formación de formadores está más ligada a la necesidad de actualizar los conocimientos técnicos específicos de cada área, dejando de lado la dimensión pedagógica. Es decir, los trabajadores técnicos más especializados desde el punto de vista estricto de las técnicas se convierten en docentes, centrándose así en las características del trabajador a formar. Como señalamos en un post anterior,

[...] A pesar de que parece existir una tensión entre la formación instrumental y la educación integral en las instituciones de formación, relacionada con la tensión entre la teoría y la práctica en el proceso de formación, los métodos de enseñanza-aprendizaje declarados, así como el perfil del trabajador en formación, parecen indicar una concepción del trabajo técnico en salud, predominante en la región, estrechamente ligada al tecnicismo y al “hacer”. Esta concepción anula la posibilidad de apropiación, por parte del futuro trabajador, de las bases científicas que determinan las técnicas, o de los fundamentos teóricos que permiten la comprensión de la dinámica y los procesos históricos de la producción científica y tecnológica, necesarios para la transformación de las condiciones materiales de vida y para la expansión de las potencialidades y capacidades del hombre. (Pronko, Stauffer; Corbo, 2014, p. 25, énfasis añadido)

En este contexto, la cualificación pedagógica de estos trabajadores transformados en formadores se convierte en una responsabilidad específica de cada docente de forma individual. En casi todos los casos considerados en la investigación, no existió una política por parte de las instituciones para capacitar y fomentar la formación, aunque se reconoció que la mayor demanda de los propios formadores estaba dirigida a la formación didáctico-pedagógica.

Frente a este hallazgo, la Universidad de la República del Uruguay (Udelar), principal formadora de técnicos en su país realizó entre julio de 2016 y julio de 2017, a través de un proceso de cooperación interinstitucional (EPSJV/Fiocruz – Udelar), el “Curso de Formación para Docentes en el Área de la Salud de la Universidad de la República del Uruguay”,⁶ brindando oportunidades de formación específica a docentes que ejercen la docencia en el interior del país.

Tanto en Brasil como en Argentina, la mayoría de los docentes de las carreras técnicas en salud son profesionales de la salud, y existe una gran necesidad de formación didáctico-pedagógica. En Argentina, se constató que los docentes más jóvenes son los que buscan con mayor frecuencia procesos de calificación. En el ámbito universitario es más habitual contar con algunos perfiles docentes que han realizado alguna formación

⁶ Para más información sobre este proceso formativo, echa un vistazo en LEHER, Elizabeth M. T. y RUELA, Helifrançis C. G. (ed.). **Formação crítica de professores da área da saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

docente, ya sea por la exigencia de oposiciones o porque tradicionalmente, la oferta de formación y actualización docente es más accesible en este nivel.

En Brasil, la formación profesional no prepara para la enseñanza o, cuando lo hace, lo hace con una visión pedagógica fragmentada, breve, instrumental, adecuada a la sociabilidad capitalista. Se observó, en algunas instituciones participantes en la investigación, la oferta de formación específica o incentivos directos (mediante financiación o becas), o indirectos para que los profesores busquen esta formación en el extranjero. Cabe destacar que, en 2010, la Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) propuso al Ministerio de Salud (MS) la realización de clases especiales de la Maestría Profesional en Educación Profesional en Salud para la Red de Escuelas Técnicas del Sistema Único de Salud (RET-SUS), con alumnos de escuelas de los 09 (nueve) estados de la región nordeste del país.

Posteriormente, entre los años 2015-2019, se llevó a cabo el “Projeto de Apoio Estratégico e Fortalecimento da Formação Técnica de Nível Médio em Saúde”, resultado de un convenio entre la Fiocruz, a través de la EPSJV, y la Coordinación General de Acciones Técnicas en Educación para la Salud, de la Secretaría de Gestión del Trabajo y Educación para la Salud, del Ministerio de Salud (CGATES/SGTES/MS). El proyecto tuvo como objetivo fortalecer la Red de Escuelas Técnicas del Sistema Único de Salud (RET-SUS),⁷ a partir de cuatro objetivos específicos, entre los

⁷ El RET-SUS es “uma rede de escolas de natureza pública e descentralizada, sob a coordenação da CGATES/SGTES/MS, voltada à oferta de cursos dedicados à qualificação profissional dos trabalhadores de nível médio empregados especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS). Originada a partir da criação da RET-SUS se pauta na atuação dos primeiros Centros de Formação de Recursos Humanos para o SUS sendo estruturada como rede de formação por meio da portaria nº 1.298/GM, de 28 de novembro de 2000, tendo como missão atender ao preceito constitucional, previsto no art. 200, III, que estabelece a competência do Sistema Único de Saúde para ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Sua institucionalização no ano 2000, consistiu, pois, na culminação de um processo que remonta à década de 1980 e que se caracterizava pela formação e qualificação dos profissionais de nível médio e fundamental do SUS, numa estratégia que combinava a busca pela inclusão social por meio da educação, e o aperfeiçoamento técnico dos serviços ofertados pelo SUS por meio da qualificação profissional de seus trabalhadores. Atualmente, a RET-SUS é composta por 41 instituições, entre Escolas Técnicas, Centros Formadores de Recursos Humanos e Escolas de Saúde Pública, existentes em todos os estados do Brasil. Em seu conjunto, 33 são estaduais, 07 são municipais e 01 é federal. A maioria delas é ligada diretamente à gestão do SUS, por sua vinculação majoritária às secretarias estaduais ou municipais de saúde. Aquelas que estão diretamente vinculadas à outras secretarias de governo (notadamente as de educação) têm, no entanto, sua gestão compartilhada com as secretarias de saúde.” (SILVA, 2019, p. 3).

que se destaca el desarrollo de otras dos clases de la maestría profesional: una con docentes de la región sursudeste y la segunda para la región centro-norte-oeste, totalizando 51 docentes formados.

A pesar de este esfuerzo, no podemos evitar de reflexionar que, debido a sus dimensiones continentales, esta estrategia no cubre las necesidades reales de Brasil. Esto se debe a que el desmantelamiento de las políticas educativas y sanitarias en el país se ha centrado en la precariedad cada vez más frecuente de la ETSUS o incluso en su incorporación a las Escuelas Nacionales de Salud Pública⁸, volviendo a momentos históricos anteriores en los que se disputaban presupuestos y legitimidad en la formación de profesionales de la educación superior.

¿Reflexiones finales o cuánto nos queda por recorrer?

A pesar de las acciones concretas que se han emprendido, aún debemos preguntarnos por el sentido y los objetivos de la formación técnica en salud, porque sólo la respuesta a esta pregunta nos orientará en la definición de las estrategias políticas y pedagógicas que nos permitirán enfrentar el contexto adverso que vivimos, y que se ha acentuado a partir de la segunda década del siglo XXI. ¿Qué trabajadores formamos para cuál sociedad? ¿Qué trabajadores formamos para cuál sistema de salud?

Al menos en Brasil, país en el que estamos ubicados, asistimos a la hegemonía de un mercado formativo cuyo predominio es el modelo pedagógico basado en la lógica de la producción de competencias y la promoción de conductas adecuadas (Pronko, 2019), cada vez más centrado en el mercado laboral, y que se aleja de una perspectiva de formación integral de estos trabajadores. El fenómeno de la pandemia de covid-19 no ha hecho más que acentuar este proceso al profundizar la privatización de la formación tanto por el crecimiento de la oferta privada directa (concomitante con la retracción de la oferta de instituciones públicas, muchas de ellas desguazadas y condenadas al abandono) como por la introducción cada vez más masiva de paquetes de contenidos y formatos pedagógicos que, articulados acriticamente con la difusión de herramientas y plataformas tecnológicas, hacen que el entrenamiento sea cada vez más

⁸Las Escuelas Nacionales de Salud Pública se centran en la formación de trabajadores de la educación superior, que trabajan en el Sistema Único de Saúde (SUS).

ligero e instrumental. Estas consideraciones que reflejan el movimiento general de la llamada “educación profesional” se vuelven más críticas en el área de la salud, como podemos ver en el proceso de reconfiguración del Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (Brasil, 2020) que permite desarrollar cursos de salud con importantes cargas de trabajo en la educación a distancia⁹.

La pandemia también ha puesto de relieve la importancia de los servicios de salud pública y ha hecho explícito que un modelo de formación biomédica, técnica, individualista e instrumental no responde a los complejos desafíos de las necesidades de salud de la población. Las políticas de salud necesitan consolidarse cada vez más en la perspectiva de la atención integral, que, a su vez, solo puede anclarse en la construcción colectiva de una perspectiva de educación humana integral. Para ello, siguen siendo esenciales las luchas populares por una educación de calidad y salud para todos, así como la garantía de condiciones y derechos laborales que sustenten a todos los trabajadores, necesarios para la emancipación humana¹⁰.

Desde esta concepción, es necesario apuntar no solo a los futuros técnicos en salud, sino también a los docentes y trabajadores actuales, buscando constituir procesos formativos que ofrezcan condiciones para pensar el mundo y pensar sobre el mundo, visualizando la construcción de otra sociedad. En otras palabras, el desafío es construir procesos formativos que permitan la apropiación no solo de las técnicas necesarias para el trabajo en salud, sino también de sus fundamentos científicos, tecnológicos, políticos y sociales, propiciando la constitución de una mirada crítica y reflexiva sobre su práctica social, su inserción en los sistemas públicos de salud y las determinaciones sociales de su desempeño profesional.

⁹ A modo de ilustración, encontramos que, de los 31 cursos técnicos relacionados con el Eje Medio Ambiente y Salud, registrados en el Catálogo Nacional de Cursos Técnicos del Ministerio de Educación y Salud, 26 se pueden realizar en la modalidad a distancia con al menos el 50% de la carga horaria en actividades presenciales. Se pueden cursar cuatro cursos técnicos – Medio Ambiente, Meteorología, Control Ambiental, Reciclaje – en la modalidad a distancia con al menos el 20% de la carga horaria en actividades presenciales. Sólo no se podrá cursar el curso técnico de Agente Comunitario de Salud en la modalidad a distancia, según lo previsto en la Ley N° 11.350, de 5 de octubre de 2006 (Disponible en: <http://cnct.mec.gov.br/eixo-tecnologico?id=1&pagina=1> \. Fecha de acceso: hace 05. 2022).

¹⁰ Por emancipación humana entendemos la ruptura con la dominación y alienación a la que está sometida la clase obrera, siendo expropiada de los productos de su trabajo y de los medios de producción y subsistencia. Para ello, es imprescindible superar las condiciones objetivas y subjetivas que sustentan dicha alienación y dominación, apuntando a la apropiación, por parte de las clases trabajadoras, de las fuerzas productivas y, en consecuencia, al desarrollo de la totalidad de sus capacidades de trabajo como expresión y creación (Ribeiro, 2012).

Es necesario que recuperemos la omnilateralidad en el proceso formativo, superando la alienación y la formación unilateral, que reducen al trabajador a las exigencias de su existencia, subsumiéndose a la producción de más valor para el capitalista (Manacorda, 2010).

En tiempos de exacerbación del individualismo como valor moral radical y de avances del conservadurismo en las formas de organización de la sociedad brasileña (y tal vez latinoamericana), enfrentar la sociabilidad capitalista no es un desafío simple o inmediato, pero forma parte del conjunto de horizontes de lucha que tendremos que enfrentar en un futuro próximo.

REFERENCIAS

ALBANO, Daniel Rodolfo; WANSIDLER, Gustavo; ROSENBAUM, Jorge. Desarrollo de la propuesta de construcción curricular para las tecnicaturas de nivel superior del campo de la salud. *In*: PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. (org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 135-144. (Caderno de Debates, 2).

BRASIL. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. 4.ed. Brasília: MEC, 2020. Disponível em: <http://cnct.mec.gov.br/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CASTRO, Nadya A. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. *In*: MACHADO, Lucília Regina S. *et al.* (org.). **Trabalho e Educação**. Campinas: Papirus, 1992. p. 69-86.

CORRÊA, Adriana Kátia; CLAPIS, María José; MORAES, Silvia Helena M. Perfis profissionais de planos de cursos técnicos em saúde: mercado, SUS e formação humana. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, 2022, e00237183. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs237>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/hpYXy6qKHjkk5XdYx5z8GYQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2022.

DAVID, Helena. Persiste, nos níveis ministeriais, um ideário utilitarista de ofertar uma formação aligeirada que instrumentalize as ACS. [Entrevista cedida a] Viviane Tavares. **EPSJV/FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, 7 dez. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/persiste-nos-niveis-ministeriais-um-ideario-utilitarista-de-ofertar-uma-formacao>. Acesso em: 24 jun. 2022.

DURÉ, Isabel. Los desafíos y las perspectivas de la formación de los trabajadores técnicos de la salud: situación en Argentina. *In*: PRONKO, Marcela A.; CORBO,

Anamaria D. (org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 87-96. (Caderno de Debates, 2).

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. **Trabalhadores Técnicos em Saúde: formação profissional e mercado de trabalho**. Relatório Final. Rio de Janeiro, 2003.

HARVEY, David. **Neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.

LEHER, Elizabeth M. T.; RUELA, Helifrancis C. G. (ed.). **Formação crítica de professores da área da saúde: uma experiência de cooperação entre Brasil e Uruguai**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2020.

MARTINS, Fernanda; SHARAPIN, Martha P.; MUNCK, Sérgio. **Relatório da oficina de trabalho para planejamento do Curso de Qualificação Profissional em Registro e Informações em Saúde (Cetris) 2018**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2018.

MANACORDA, Mario A. **Marx e a pedagogia moderna**. São Paulo: Editora Alínea, 2010.

PEREIRA, Isabel B. **A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde**. 2002. 254f. Tese (Doutorado em Educação: História, Política, Sociedade) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.

PRONKO, Marcela A.; CORBO, Anamaria D. (ed.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

PRONKO, Marcela A. *et al.* **A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

PRONKO, Marcela A. Modelar o comportamento. **Revista Trabalho, Política e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 6, p. 167-180, jun. 2019. <https://doi.org/10.29404/rtps-v4i6.248>. Disponível em: <http://costalima.ufrrj.br/index.php/RTPS/article/view/248>. Acesso em: 14 mar. 2022.

PRONKO, Marcela A.; STAUFFER, Anakeila B.; CORBO, Anamaria D. Formação de trabalhadores técnicos no Mercosur em perspectiva comparada. **Revista Latinoamericana de Educación Comparada**, Buenos Aires, ano 5, n. 5, p. 16-28, 2014.

RIBEIRO, Marlene. Emancipação versus cidadania. In: CALDART, Roseli S.; *et al.* (ed.). **Dicionário da Educação do Campo**. Rio de Janeiro: Escola

Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; São Paulo: Expressão Popular, 2012. p. 299-305.

SILVA, Jefferson Almeida *et al.* **Projeto de apoio estratégico e fortalecimento da formação técnica de nível médio em saúde: dossier.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2019.

SOARES, Marcia F.; SHARAPIN, Martha P.; MACHADO, Sergio M. Processo de qualificação de trabalhadores técnicos de informações e registros em saúde. *In:* MOROSINI, Márcia Valéria G. *et al.* (ed.). **Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p.179-205.

STAUFFER, Anakeila B. **Projeto político-pedagógico: instrumento consensual e/ou contra-hegemônico à lógica do capital?** 2007. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Centro de Teologia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

STAUFFER, Anakeila B.; CORBO, Anamaria D. (org.). **Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2014.

STAUFFER, Anakeila B. *et al.* **Avaliação de processo de cooperação técnica internacional entre Brasil e Argentina na formação de trabalhadores técnicos em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2015.

La formación de técnicos de atención primaria en Ecuador: un relato de una experiencia

Nestor Eduardo Casañas Velastegui

Instituto Superior Tecnológico Liceo Aduanero (ISTLA), Ecuador

Prologo

La propuesta de la Convención de Alma-Ata (1978) establece entre sus manifiestos importantes:

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos (OPAS, 1978, p. 01).

Para esto es necesario la aplicación de Atención Primaria en Salud (APS). Lo que permitira disminuir los costes de atención a nivel hospitalario de primer, segundo y tercer nivel.

En un primer contexto en Ecuador se incia la aplicación de la APS con la conformación de los Equipos Básicos de Atención (EBAS) en el año 2007 integrado por un profesional de la salud medico u odontologo , una auxiliar de enfermería y un voluntario de la comunidad a fin de promover la salud y captacion de grupos de atención prioritaria. Por supuesto la falta de preparacion en APS de estos equipos implicaba solamente la generacion de datos de referencia y atención comunitaria basada en ocasiones en la voluntad de servicio de los integrantes del EBAS.

Teniendo en cuenta el compromiso asumido en la Convención de Alma Ata, especialmente en lo referente a disminución de la mortalidad materno infantil, y disminución de la desnutrición infantil, se crea la necesidad de generar un modelo de atención que en primer lugar organice los sistemas de salud, que si es verdad se encuentran bajo la rectoría del Ministerio de Salud Pública, funcionan de manera independiente, desarticulada dando como consecuencia una falta de planificación en la política de la salud pública.

La implementación de la APS en el país requiere de un manual de procedimientos que refleje la realidad del Ecuador y sea aplicable al territorio. En este contexto, se creó el manual MAIS, Modelo de Atención Integral de Salud (Ecuador, 2012).

Una vez creado el modelo que contempla la formación de Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), que implica la profesionalización técnica de líderes comunitarios reconocidos por la comunidad, en zonas rurales y de difícil acceso, a fin de iniciar una educación superior formal en institutos validados capaces de otorgar el título de Técnicos en Atención Primaria en Salud (TAPS).

La misión de los TAPS es identificar e intervenir de forma integral los riesgos y determinantes de la salud en sus espacio individual, familiar, comunitario e institucional, promoviendo el buen vivir, a partir del respeto de los valores, principios y cultura local, y con un enfoque de atención integral a la salud de las personas en un espacio poblacional determinado.

El avance en la elaboración de Análisis situacional Integral de Salud (ASIS) es posible gracias a la participación activa de TAPS, quienes pueden involucrar a la comunidad en elaboración de los factores de riesgos.

Considero que es importante el enfoque de formación multiprofesional para profesionalizar en un nivel tecnológico a los TAPS y tener un impacto positivo en la implantación de la APS, que, debido a la falta de profesionales tecnológicos en APS (no necesariamente de cuarto nivel de formación) y de capacitación para los supervisores comunitarios no ha logrado hasta el momento acercarse a la propuesta de Alma-Ata, ratificada en la Convención de Astana.

Antecedentes

El concepto actual de salud definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, da un giro a la política de salud pública, pues relaciona el estado de bienestar físico, con el bienestar mental y convivencia con el medio ambiente; como consecuencia de esta definición se obliga a la coordinación de acciones entre el ente Rector de la Salud, los Gobiernos Autónomos Municipales (GADS municipales) y demás entidades públicas comprometidas con brindar bienestar a la población, sin distinciones de clases sociales o económicas.

El conocimiento de esta definición deja entrever la necesidad de articulación de los distintos organismos gubernamentales y privados, a la par de mostrar la brecha de formación de talentos humanos específicos para que esta propuesta pueda ser analizada objetivamente.

¹La Declaración de Alma-Ata, en 1978, propone un enfoque multifactorial y la determinación de diversas causas de equidad y culturales como una propuesta de solución para los problemas de salud, con vistas a una atención más preventiva que permita disminuir la atención netamente biologicista de la medicina.

Se incluye entonces determinantes de la salud, como factores sociales, ambientales, dificultades de acceso a los servicios de salud, prestación de servicios de salud, condiciones sanitarias, es decir el conjunto de factores que influyen en el bienestar individual y familiar.

Estos factores incidentes en el bienestar, a más del conocimiento general de la falta de servicios de salud da como propuesta la aplicación de la Atención Primaria de Salud (APS), principalmente en los países de economía media y baja, como una alternativa para disminuir los costes de atención hospitalarios, y bajar los indicadores de enfermedades prevalentes, bajo programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

¹ “La Conferencia reitera enérgicamente que la salud, un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental”.

Definición de atención primaria

La Atención Primaria de Salud (APS), según Alma-Ata (1978) “es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo”.

Se incluye también las prácticas culturales², la relación con el medio ambiente, la equidad en la atención sanitaria y los compromisos de disminución de índices de mortalidad materna y desnutrición infantil. Cabe indicar que después de 44 años los productos propuestos por 134 países, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales aún sigue siendo un sueño, verbigracia por falta de entendimiento del concepto de APS o por falta de decisión política de los estados involucrados.

Según Torres-Lagunas (2018, p. 330), la declaración de Astana en Kazajistán³, (Organización Mundial de la Salud, 2018), afirma que, para hacer frente a los retos de salud y desarrollo de la era moderna, necesitamos una APS que:

1. empodere a las personas y las comunidades como dueños de su salud, como defensores de las políticas que la promueven y protegen, y como arquitectos de los servicios sociales y sanitarios que contribuyen a ella;
2. aborde los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud mediante políticas y acciones basadas en la evidencia en todos los sectores; y
3. garantice una salud pública sólida y atención primaria a lo largo de la vida de las personas, como núcleo de la prestación de servicios integrados.

² La práctica cultural es la manifestación en acciones concretas de una **cultura** o **subcultura**, especialmente en relación con las prácticas **tradicionales** y **consuetudinarias** de un individuo étnico u otro grupo cultural.

³ La Declaración de Astana, Kazajistán, “reitera el compromiso mundial de los sistemas de sanitarios para atender a las personas a través de una APS renovada y sostenible orientada a alcanzar la cobertura universal de salud con el apoyo de la OMS, la OPS y UNICEF” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

La realidad en Ecuador

Aspectos jurídicos

La Constitución de la República⁴

Art. 11.- 2. Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

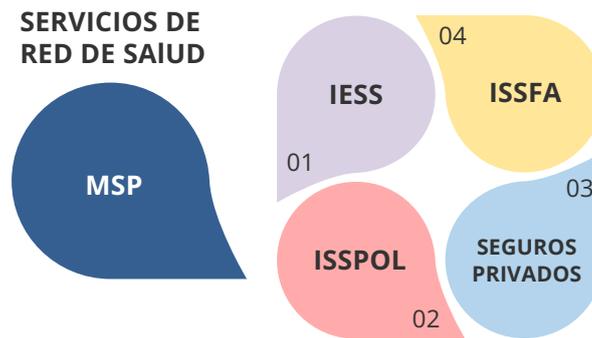
“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno e incluyente a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

La atención de salud según la Constitución (Ecuador, 2008), se encuentra regida por el Ministerio de Salud Pública, sin embargo, existía una falta de coordinación en la prestación de los servicios de salud⁵, cuyos prestadores tenían como finalidad brindar atención, pero de manera aislada, razón por la cual los indicadores epidemiológicos no correspondían a la realidad de la salud pública, y, por supuesto, también había se generaba un subregistro de las diversas enfermedades prevalentes.

⁴ La Constitución de la República del Ecuador (2008), es la Norma Suprema, a la que está sometida toda la legislación ecuatoriana, donde se establece las normas fundamentales que amparan los derechos, libertades y obligaciones de todos los ciudadanos, así como las del Estado y sus instituciones.

⁵ *Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). *Los profesionales sanitarios independientes. *El transporte especial de pacientes. *Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.

Figura 1: Desarticulación del Sistema Único de Salud



Fuente: Elaboración propia

Abreviaturas:

MSP: Ministerio de Salud Pública

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía

ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas

La dispersión más visible de la atención se reflejó también en la falta de una política pública de salud, al regirse políticamente por la Constitución de 1998, que no fue diseñada con una visión social y de convivencia comunitaria, sometiendo al país a una máxima expresión de crisis política en 2005, con el surgimiento de grupos organizados de protesta social.

En 2008, con un nuevo gobierno de perspectiva socialista, se llevó a cabo una importante reforma en materia de salud en la convención de Montecristi, en la provincia de Manabí, Ecuador, conceptuándose el marco constitucional el Plan Nacional para el Vivir Bien 2009-2013 y el Sumak Kawsay⁶.

“Desde esta perspectiva, se reconoce a la salud como un derecho fundamental garantizado por el Estado, constituyéndose en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.” (Ecuador, 2012, p. 8).

En 2012, el Gobierno Constitucional de Rafael Correa designa como Ministra de la salud a Carina Vance, responsable de reestructurar el Ministerio de Salud Pública e implementar la APS como estrategia fundamental para el cambio en la atención de salud, con enfoque en la prevención y la desconcentración de la administración a través de 9 coordinaciones zonales y distritos de salud, priorizando la APS sobre la atención hospitalaria.

⁶ Sumak Kawsay: concepto mantenido de los pueblos indígenas que significa lo hermoso, lo lindo, el vivir con dignidad en relación con el medio ambiente.

Fue en este período que se creó la Dirección Nacional de Primer Nivel y, con ella, la construcción de los centros de salud tipo A, B y C, ubicados antes del estudio demográfico y epidemiológico, y con carteras de servicios de acuerdo con su equipamiento y logística.

Ahora bien, para la aplicación de la APS, se construyen los Modelos de Atención Integral en Salud, Familia y Comunidad MAIS-FCI⁷, doctrina a ser aplicada para la transformación de la salud, que permite y promueve la participación de la comunidad como agente importante en la disminución de las enfermedades prevalentes en la población.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) en Ecuador genera un Manual de Procedimientos con el objetivo de integrar los sistemas de salud para actuar de manera coordinada en la aplicación de la APS.

Dentro de los lineamientos del MAIS-FCI se establece la clasificación en niveles de atención de acuerdo con la cartera de servicios y complejidad que presenta cada nivel.

Figura 2 - Niveles de atención del SNS, Ecuador

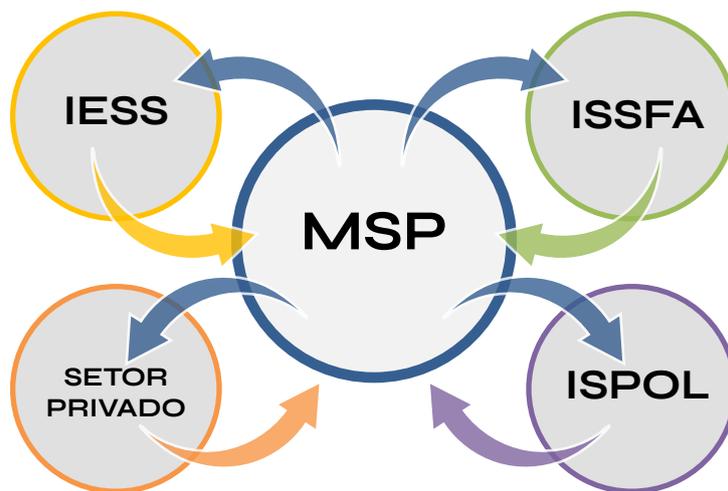


Fuente: Ecuador (2012, p. 82)

⁷ MAIS-FCI El Modelo Integral de Atención en Salud es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que, al complementarse, sirven para organizar el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad.

Con la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud MAIS-FCI se propone articular los servicios del sistema nacional de salud y buscar la equidad en la atención propuesta por la Convención de Astana y referente de nuestra Constitución.

Diagrama 1 - Articulación del Sistema Nacional de Salud



Fuente: preparado por el autor.

Esta articulación permite en principio equilibrar la atención bajo la coordinación de las carteras⁸ de servicios públicos y privados, incluidas las ONGs. y mantener una base de datos epidemiológicos más acercados a la realidad.

En este contexto, fue posible pensar en la aplicación de la APS Renovada, que se avizora como la opción más precisa para mejorar la salud comunitaria y reducir las tasas de mortalidad materna, desnutrición infantil, enfermedades prevalentes de la infancia y enfermedades de transmisión sexual.

Básicamente, el concepto de APS, con su premisa de prevención de enfermedades y promoción de la salud, es actualmente la mejor posibilidad para calificar la salud pública y reducir las tasas de mortalidad, controlar las enfermedades prevalentes y aplicar el buen vivir, según el concepto de salud emitido por la OMS.

⁸ Carteras: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendidos como cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento científico y la experimentación, a través de los cuales se llevan a cabo los servicios sanitarios.

Es en el Primer Nivel de Atención donde deberían resolverse el 80% de los problemas de salud, no de las enfermedades como en ocasiones se entiende el concepto de APS. Sin duda, al lograr este objetivo propuesto, las atenciones en el segundo y tercer nivel serán más direccionadas y específicas, lo que optimiza el tiempo, la calidad de la atención y ahorrará recursos, ya que un paciente con neuritis intercostal será atendido en el Primer Nivel de Atención por un médico general o familiar y no será derivado a un tercer nivel de atención en Cardiología, lo que implicaría mayores costos y permitiría atender oportunamente a un paciente con una cardiopatía real, evitando la saturación de la demanda y agilizando la programación.

Ahora bien, para la aplicación e implementación del Modelo de Atención Primaria de Salud MAIS-FCI se requiere trabajar en territorio, es decir, generar trabajo extramural para acercar los servicios de salud a la comunidad y no a la inversa.

FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO: Técnicos de APS

En 2005, el Ministerio de Salud creó el EBAS, el Equipo Básico de Atención de Salud, con el objetivo de implantar la atención primaria de salud como un proyecto que pretende ofrecer una mayor atención a la comunidad. La iniciativa fue aprobada por la Asamblea Nacional de ese entonces, pero sin financiación.

Estas EBAS estaban conformadas por médicos, enfermeras y odontólogos que no lograron incluirse en la problemática de las comunidades, a pesar de sus esfuerzos. Una de las excusas es que están cumpliendo con su año rural⁹ de servicio obligatorio, lo que implica establecer una atención obligatoria a los habitantes de su comunidad asignada, pero sin potencializar sus problemas de salud.

Se considera entonces que la formación Técnica de actores sociales que residan en la comunidad y que tengan sentido de pertenencia a la misma,

⁹ El artículo 197 de la Ley Orgánica de Salud establece que, para ser habilitados en el ejercicio profesional y registrarse como tales, los profesionales de la salud deberán ejercer durante un año en localidades rurales o urbano marginales, con remuneración, según el modelo de atención y de conformidad con la normativa correspondiente en los lugares que designe la autoridad sanitaria nacional, al término del cual se otorgará la certificación que acredite el cumplimiento de la obligación establecida en el citado artículo (segundo Suplemento del Registro Oficial N° 365 del 30 de octubre de 2014).

esto es fundamental para la aplicación del MAIS, ya que en su normativa indica:

Se capacitará a Técnicos de Atención Primaria en Salud - TAPS que apoyarán e integrarán el equipo integral de salud con personas de la comunidad, los mismos que desarrollaran actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o complicaciones y notificará al equipo cuando determine un riesgo potencial. (Ecuador, 2012, p. 125).

Por lo tanto, los habitantes de las poblaciones, antes estudiantes, se seleccionan en función de indicadores de pobreza, falta de acceso a los servicios sanitarios, prevalencia de enfermedades y grupos vulnerables.

Para ser considerado como postulante debe ser:

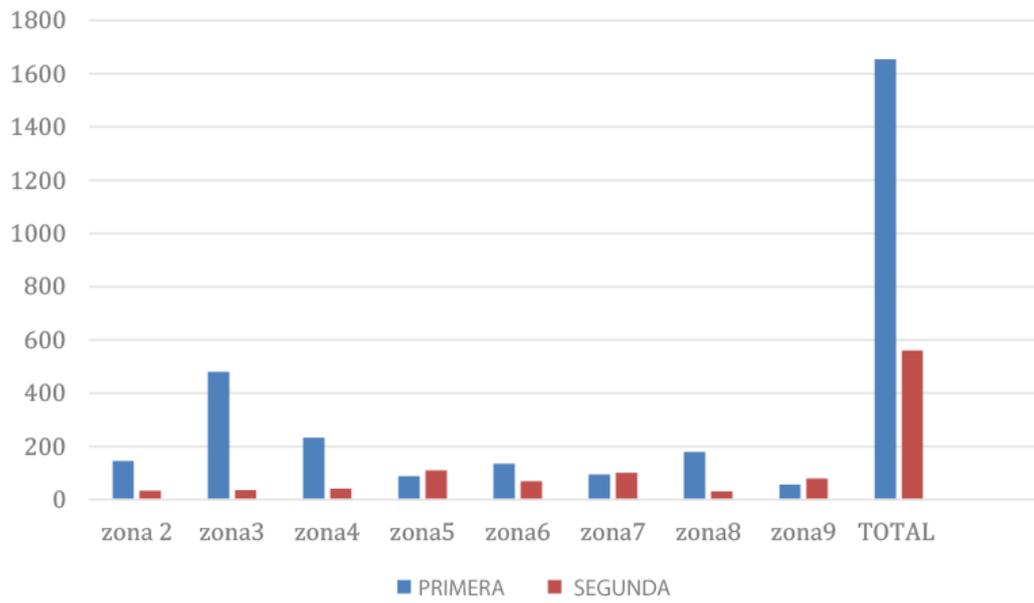
- Bachiller.
- Aprobar las pruebas de ingreso a educación superior establecidas por la SENESCYT.
- Residir en la comunidad que va a desarrollar su trabajo.
- Ser respaldado por un acta firmada en una sesión comunitaria.
- Compromiso social.

El 30 de enero y el 8 de mayo de 2013, el Consejo de Educación Superior (CES) aprobó los proyectos de carreras TAPS presentados por 17 Institutos Superiores Técnicos y Tecnológicos, mediante las resoluciones; RPC-SO-04-Nro.033-2013 y RPC-SO-17-Nro.140-2013.

El 1 de octubre de 2014 se firmó un convenio tripartito entre el Ministerio de Salud Pública, la Secretaría Nacional de Educación, Ciencia y Tecnología, la SENESCYT y el Instituto de Promoción del Talento Humano (IFTH) para la formación de Técnicos en Atención Primaria de la Salud. Se pretende formar dos cohortes iniciales en todo el país, con becas y la participación de 17 institutos técnicos superiores acreditados por la SENESCYT, mediante una modalidad de enseñanza dual, en la que hay un 30% de formación teórica y un 70% de formación práctica, que se realizará en las unidades de atención del Ministerio de Salud Pública y en los lugares de residencia de los futuros técnicos.

De acuerdo con un estudio previo de quintiles de pobreza y atención en servicios de salud se realiza la distribución de los futuros técnicos de

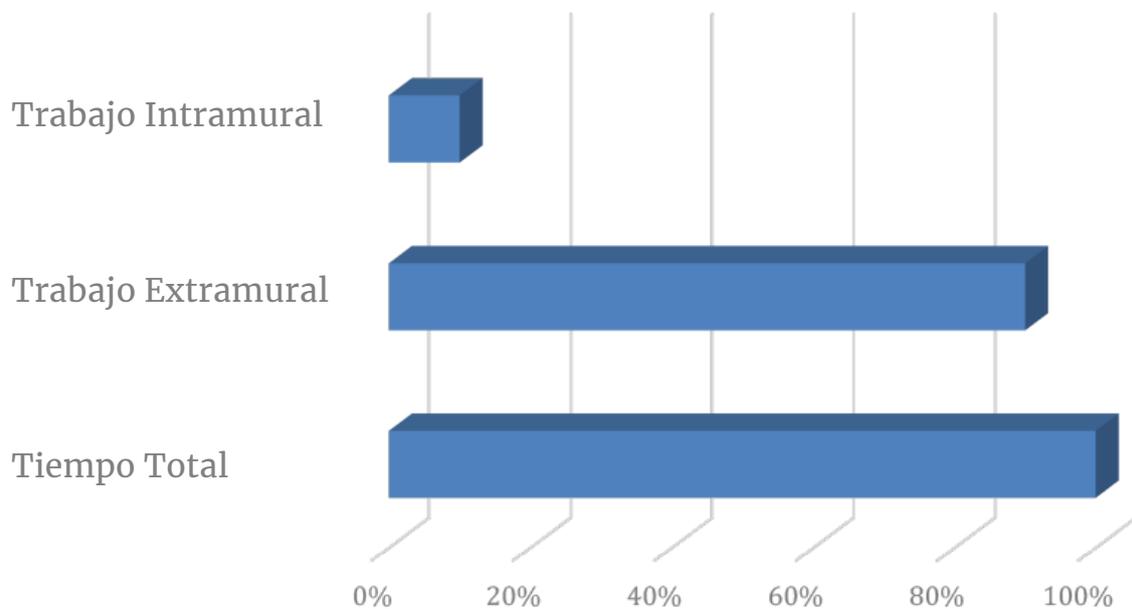
Cuadro 1 - Distribución de TAPS por zonas geográficas



Fuente: elaboración propia.

Según el Manual MAIS, se establece el 90% de trabajo extramural y el 10% de trabajo intramural.

Figura 3 - Distribución del tiempo de trabajo TAPS



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3 - Distribución de actividades TAPS



Fuente: Elaboración propia.

Para que los TAPS lleguen a todas las comunidades asignadas, es necesario que cada pueblo o grupo étnico¹⁰ esté representado en este proceso de formación, como se demuestra a continuación. La Constitución establece que cada habitante puede autoidentificar el grupo étnico al que pertenece.

En el Censo Demográfico y Vivienda de 2022, la mayor parte de la población se autoidentificó, de acuerdo con la cultura y costumbres, como **mes-tiza** (77,5%), seguida por aquellos se consideraban **montubios** (7,7%), **indígenas** (7,7%), **afroecuatorianos** (4,8%) y **blancos** (2,2%).

El principio fundamental de equidad se manifiesta en la oportunidad que ofrece el Ministerio de Salud de posibilitar la formación a todas las etnias y pueblos del país. Además, en la segunda cohorte, se incorpora también a la formación el género GLBTI. De esta manera se cubre las expectativas de los derechos humanos en cuanto a la oportunidad de estudio y formación.

La diversidad cultural manifestada en los TAPS causó confusión, en un primer momento, en los Institutos Superiores de Formación Tecnológica asignados, siendo necesario visitas permanentes para realizar capacita-

¹⁰ Una etnia se refiere a un grupo humano que comparte una cultura, historia y costumbres, y cuyos miembros están unidos por una conciencia de identidad. En el Ecuador existen 15 nacionalidades indígenas.

ción al personal docente de la carrera y consensuar acuerdos de avance académico con los estudiantes, pues sus desplazamientos a los Institutos de Formación, en ocasiones dificultaba el regreso inmediato a sus comunidades de origen, especialmente los de la Región Amazónica que viajaban 7-8 horas por canoa cuando el caudal de los ríos los permitían.

A la par 63 profesionales de la salud, entre médicos, enfermeros y psicólogos fueron capacitados para realizar tutoría y docencia a los técnicos en formación en su territorio, así como direccionar las actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud en las comunidades que les fueron asignadas.

Asignación de la población

El Modelo de Atención Integral de Salud establece que para las zonas urbanas los TAPS deben dar cobertura y atención de 4 a 5 mil habitantes, y para las zonas rurales de 1200 a 1500 habitantes, dependiendo de la distribución geográfica. Esta población está directamente relacionada con su zona de residencia. Por lo tanto, su implicación con los ciudadanos es oportuna y vinculante.

La condición de residencia es importante para la accesibilidad a la información y la elaboración de fichas familiares, ya que la diversidad cultural también se manifiesta en el establecimiento de lazos de aprecio y convivencia con los vecinos, para de esa manera ampliar la comunicación y ofertar servicios de primer nivel de atención. En este caso, los TAPS se constituye en el nexo entre la comunidad y el Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública en este caso.

Implementación del modelo

Los perfiles formativos de los TAPS permiten optimizar la implementación del Modelo Asistencial MAIS (Ecuador, 2012), por cuanto su malla curricular contempla el desarrollo de núcleos estructurantes:

Proceso Salud-Enfermedad; Organización de los Servicios; Promoción, Prevención y Vigilancia de la Salud; Planificación del Desarrollo Local de Salud, con las asignaturas correspondientes para lograr el conocimiento de los Derechos y Participación Ciudadana; Atención a Grupos Vulnerables; Salud Comunitaria; Interculturalidad; Bioestadística, etc. Es decir, el desarrollo de conocimientos y habilidades para que el técnico pueda

intervenir de manera real en su comunidad y diseñar un cambio en los determinantes de la salud y factores de riesgo, liderando con equidad, respeto y proactividad los diferentes programas de promoción de la salud.

Sus vínculos con la comunidad les permiten establecer procesos de prevención de enfermedades y son ellos quienes alertan sobre el embarazo adolescente, la violencia doméstica y el desarrollo saludable de los niños.

Las actividades centradas en visitas domiciliarias permiten una inclusión en la vida cotidiana de la comunidad, siendo participe activo en las reuniones pro-salud, formando clubs del adulto mayor, adolescentes y gestantes, como integrante del EAIS¹¹: Equipo de Atención Integral de Salud, para de esta manera incentivar la participación y concientización de responsabilidad compartida entre los profesionales de la salud, los GADS Municipales y la comunidad.

Uno de los principales problemas de salud pública es la muerte materna. Cada año ocurren alrededor de 500 000 muertes maternas y el 99% de ellas acontece en países en desarrollo, como demuestran las investigaciones presentadas en las reuniones regionales sobre mortalidad materna patrocinadas por la OPS y la OMS, según Wong, Wong y Husares (2011).

Los esfuerzos realizados por el gobierno no han podido alcanzar los objetivos fijados por el Acuerdo de Astana en materia de desnutrición infantil, sin embargo, se ha conseguido un avance en la reducción de la mortalidad materna mediante la aplicación de la estrategia de Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, implementada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador.

La tasa de mortalidad materna en Ecuador fue de 43,5 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2021, según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2022). La alta tasa de mortalidad se debe a las dificultades para acceder a los servicios de salud, sea por vías de tránsito o falta de recursos económicos, además de la falta de exámenes prenatales, lo que aumenta las tasas de mortalidad.

Por lo tanto, la capacitación de los técnicos es importante para reducir estos factores de riesgo, ya que, al vivir en comunidades rurales con estas dificultades, son capaces de brindar información oportuna a sus EAIS,

¹¹ Equipo formado por médico, enfermera y TAPS, con asignación territorial delimitada para atención integral de salud de su población asignada, además realiza actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

para poder elaborar conjuntamente con la familia y comunidad un plan de parto¹², que si bien es cierto no es el factor determinante en la reducción de estos indicadores, en gran medida prepara al equipo médico del Centro de Salud más cercano para accionar, si es necesario, sistemas de referencia a niveles de atención de mayor complejidad, según corresponda.

Durante la pandemia, según datos del INEC (Instituto Nacional de Estadística e Censos, 2022), hubo un gran impacto en la mortalidad materna. Este indicador alcanzó su punto más alto desde 2012, lo que implica un aumento de 20,6 puntos.

Muchos factores, en mi opinión, han influido en este dramático incremento, además del aspecto psicológico que implica el confinamiento domiciliario obligatorio, necesario para disminuir la propagación del covid-19, las inadecuadas condiciones socioeconómicas de las clases sociales de menores ingresos, la falta de trabajo de los técnicos en las visitas domiciliarias y el abordaje de otros programas de promoción de la salud, ya que todo el talento humano se centra en el cumplimiento de indicadores de vacunación de la población, lo que demuestra que la brecha en la formación del talento humano es cada vez mayor e insuficiente para resolver los diferentes programas de salud pública.

Todas las dificultades que se plantean en el contexto de la salud, la dificultad de accesibilidad y los enormes costes que supone la atención a las enfermedades prevalentes y crónicas, deben dirigir nuestra mirada hacia la Atención Primaria de Salud como la alternativa más cualificada para avanzar hacia una mejor propuesta de bienestar y buen vivir.

De lo aprendido hasta el momento, se debe buscar una mejor propuesta en los procesos de formación de técnicos en salud, incentivando la formación de tecnólogos en APS, con perfiles de salida más amplios hacia la intervención comunitaria, en busca de la corresponsabilidad de los pobladores en la resolución de sus problemas de salud, dotándolos de conocimientos que les permitan no sólo recolectar datos y alertar a sus EAIS, sino también la participación activa en la elaboración de ASIS¹³ y fortalecer

¹² Conjunto de normas y actividades que permiten elaborar un plan de acción desde el embarazo, control prenatal, parto y postparto a fin de disminuir la muerte materno-infantil, conforme Casañas (2022).

¹³ Los Análisis de Situación de Salud son procesos analítico-sintéticos que permiten caracterizar, medir y explicar el estado de salud de la población en el territorio, posibilitando la identificación de retos de salud en el contexto de los determinantes sociales de la salud.

las propuestas de promoción de la salud, que no son cumplidas por los médicos, personal de enfermería y odontólogos que cumplen con su año de servicio rural.

Mientras la Academia siga formando profesionales de la salud con un perfil eminentemente biólogo, y no se considera la formación desde sus primeros años en Atención Primaria, y el Ministerio de Salud no juegue su carta principal en la formación de técnicos y tecnólogos en APS, la resolución del 80% de las enfermedades propuestas para el Primer Nivel de Atención será un hermoso enunciado sin resultados de cumplimiento de los compromisos adquiridos en los diferentes manifiestos de Alma-Ata y Astana.

Referencias

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. **Declaración de Alma-Ata**. Disponible em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Acceso em: 3 fev. 2024.

CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. **Declaración de Astana**. Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal

y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018.

EQUADOR. **Constitución de la República del Ecuador 2008**. Decreto Legislativo 0. Registro Oficial, 449 de 20 oct. 2008. Disponible em: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf. Acceso em: 30 jan. 2024.

EQUADOR. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). **Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Defunciones Generales de 2021**. sep. 2022. Disponible em: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Defunciones_Generales_2021/Principales_resultados_EDG_2021_v2.pdf. Acceso em: 7 nov. 2024.

EQUADOR. **Ley Orgánica de Salud**. Ley 67. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. Última modificación: 18-dic.-2015. Estado: Reformado. Disponible em: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>. Acceso em: 30 jan. 2024.

EQUADOR. Ministerio de Salud Pública. **Cartera de Servicios Hospitalarios**. 2014. Disponível em: <https://www.salud.gob.ec/datos-de-hospitales/>. Acesso em: 30 jan. 2024.

EQUADOR. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. **Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS)**. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012. 209p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988619>. Acesso em: 30 jan. 2024.

MORÁN, Susana. La mortalidad materna se disparó 20 puntos en Ecuador durante la pandemia. **Plan V: Hacemos periodismo**, 8 jun. 2021. Disponível em: <https://www.planv.com.ec/historias/sociedad/la-mortalidad-materna-se-disparo-20-puntos-ecuador-durante-la-pandemia>. Acesso em: 31 jan. 2024.

TORRES-LAGUNAS, María de los Angeles. La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astana, hacia la Cobertura Universal. **Enfermería Universitaria**, v. 15, n. 4, p. 329-331, 2018. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.547>. Disponível em: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/547>. Acesso em: 31 jan. 2024.

WONG, Luís; WONG, Esmeralda; HUSARES, Yanet. Mortalidad materna en la Dirección Regional de Salud de Ancash. **Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia**, v. 57, n. 4, p. 237-241, 2011.

CAPÍTULO 6

Los invisibilizados y su sombra Estudio de caso: Los “técnicos idóneos” en Medicina Nuclear en Argentina (2018-2024)

Carlos Gerardo Einisman

Programa de Estudios Postdoctorales, Universidad Nacional de Tres de Febrero (PEP-UNTREF), Argentina.

Marcela Alejandra Pronko

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV- Fiocruz), Brasil.

Introducción

En un trabajo anterior titulado “La silueta de lo invisible” (Einisman, 2009) planteamos una primera caracterización de la invisibilización de los profesionales Técnicos de la Salud en Argentina. Esta caracterización y título, inicialmente pensados para especificar la situación de un grupo de trabajadores en un país específico, luego se trasladó al libro que lo contenía al constatarse que permitía definir una situación común a diferentes países latinoamericanos (Documento de Manguinhos..., 2009). A través de metáforas y paradojas, este título buscó poner en palabras un fenómeno aún imperante, indicando los efectos sobre este colectivo que lentamente comienza a ser dimensionado en nuestra región. Por ello, y teniendo en cuenta que los procesos de invisibilización operan más por omisión que por acción – lo que dificulta su caracterización –, en este capítulo presentamos un estudio de caso sobre la situación de los trabajadores empíricos que ocupan cargos técnicos en Medicina Nuclear en Argentina, oficialmente denominados “técnicos idóneos” en Medicina Nuclear¹. Nuestra intención es mostrar un caso particular que nos ayude a

¹Las comillas en “Técnicos idóneos” están en la versión oficial de la norma que creó esta figura. Luego de finalizada la lectura, invitamos a los lectores a reflexionar sobre su posible interpretación.

comprender una realidad tan amplia, compleja y multidimensional como la del trabajo técnico en salud en nuestra región. Para ello, partimos de una comprensión más amplia del trabajo técnico en salud y sus trabajadores:

Se entiende por trabajo técnico en salud el realizado por el conjunto de trabajadores que realizan actividades técnico-científicas en el sector salud, desde las actividades de los agentes comunitarios de salud hasta las de los tecnólogos de nivel superior. Por lo tanto, no restringimos la noción de técnicos en salud a su escolarización, como se suele asociar. (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2022, p. 1).

Pero esta amplitud en la caracterización no significa vaguedad en sus definiciones. Al contrario, nos obliga a redoblar la atención sobre la diversidad de tareas laborales y perfiles de formación que abarca el trabajo técnico en salud, no sólo en Argentina, sino en toda Latinoamérica. Asimismo, en un estudio anterior constatábamos que los trabajadores técnicos en salud constituyen un extenso y heterogéneo conjunto de trabajadores que son en gran medida responsables por el funcionamiento de los sistemas de salud, constituyendo numéricamente la principal fuerza laboral del sector (Pronko, 2019). Hace más de una década, el “Documento de Manguinhos sobre la Formación de Trabajadores Técnicos en Salud en el Mercosur” (2009) identificó que “se percibe un desconocimiento sobre quiénes son estos trabajadores, qué hacen y dónde están, afirmando la invisibilidad de la categoría” (p. 260).

En el presente caso, de acuerdo con esta comprensión más amplia, nos proponemos analizar la situación de un grupo específico de trabajadores a partir de una situación concreta: entre 2018 y 2024, el Estado argentino, representado por la Autoridad Regulatoria Nuclear (ARN), habilitó mediante la Resolución 432/2018 (Argentina, 2018c), el otorgamiento del Permiso Individual (PI) como “técnico idóneo” en Medicina Nuclear a trabajadores formalmente *no calificados* para la manipulación de materiales radiactivos y su aplicación en seres humanos. Esta situación contaba con el agravante que éstos ya habían sido contratados previamente –y en forma irregular por carecer tanto de la formación, título habilitante y PI correspondiente– por las mismas instituciones públicas y privadas de todo el país que proveerían sus avales sobre la supuesta *idoneidad* de los candidatos, violando desde la propia normativa de la ANR hasta la

Constitución Nacional². En la práctica, la Resolución 432/2018 (Argentina, 2018c) legitimó una situación de hecho que ya representaba un riesgo para los propios trabajadores y el público, dado que la capacitación exigida no cumple con la formación mínima necesaria y suficiente determinada por la legislación vigente.

Más allá de las reacciones puntuales que suscitó este hecho en su momento, queremos centrarnos en lo que podemos aprender de este caso – que puede ser caracterizado como paradigmático– desde una perspectiva que nos permita reconocer los procesos históricos y acciones concretas de invisibilización del trabajo técnico en salud y sus consecuencias. Para ello, comenzaremos caracterizando el campo disciplinario e identificando sus actores sociales e instituciones; los procesos de trabajo y regulaciones asociadas, para luego problematizarlos.

Caracterización de la Medicina Nuclear

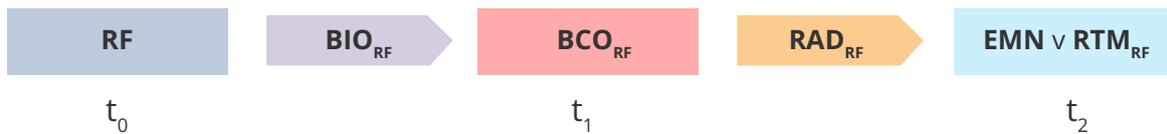
La Medicina Nuclear (MN) es una tecnología diagnóstica y terapéutica en salud humana y animal que emplea ciertas sustancias radiactivas denominadas “radiofármacos”, en forma de fuentes “abiertas” o “no selladas” que permiten su manipulación. En aplicaciones diagnósticas, se utiliza para obtener información (en forma de datos y/o imágenes) que se interpreta y correlaciona con la fisiopatología. En aplicaciones terapéuticas, se utiliza para administrar dosis de radiación en tejidos específicos (radioterapia metabólica). En ambos casos, esto se realiza gracias a la afinidad fisicoquímica entre el tejido a tratar y el fármaco específico asociado a una sustancia radiactiva, lo que permite su detección exterior y/o la irradiación localizada del tejido (Einisman, 2021).

Según Bunge (2004, p. 563), caracterizamos a la MN como una teoría tecnológica sustantiva, porque: “las teorías tecnológicas sustantivas son esencialmente aplicaciones de teorías científicas a situaciones aproximadamente reales”, dado que en ella se aplican conocimientos científicos de fisiología, fisiopatología, física y química. Esta teoría tuvo su primera aplicación exitosa en 1941 (Hertz; Roberts, 1946) y desde mediados

² El artículo 16 establece: “La Nación Argentina no admite prerrogativas de sangre ni de nacimiento: no existen privilegios personales ni títulos de nobleza. Todos sus habitantes son iguales ante la ley, **y admisibles en los empleos sin otra condición que la idoneidad**. La igualdad es la base de la tributación y de las cargas públicas”. (Argentina, 1994, énfasis añadido). Una de las cuestiones que abordaremos es cómo se determina la idoneidad en las profesiones sanitarias.

de la década del ‘60 se ha convertido en una especialidad médica en distintos países, en algunos casos desde la Endocrinología (Argentina) y en otros desde la Radiología (Italia) (Einisman, 2021). La Figura 1 muestra la estructura teórica de la MN mediante un diagrama ordenado en función del tiempo:

Figura 1: Diagrama estructural de la MN



Fuente: Einisman, 2021.

Donde:

RF es el *radiofármaco*.

BIO_{RF} es la *biodistribución específica* del RF.

BCO_{RF} es el grupo de *tejidos blanco* o diana, específico de la BIO_{RF}.

RAD_{RF} es la función *radiación emitida* por el RF en el tejido BCO_{RF}.

EMN es el *Equipamiento de MN* que cuantifica y/o localiza la RAD_{RF}.

v es el símbolo de la *disyunción lógica* (... ó ...).

RTM es la función *radioterapia metabólica*, específica del RF.

t es el *tiempo* que incluye a los instantes temporales t₀, t₁, ..., t_i entre los cuales se registra el inicio de la BIO y la detección de la RAD por EMN.

El grupo Equipamiento de MN, está formado por dispositivos capaces de cuantificar y localizar diferentes concentraciones de radiofármacos en el organismo, aportando información funcional y/o metabólica. Este grupo incluye diferentes equipos de detección de radiaciones, como: sondas de captación; cámaras gamma; SPECT³ o PET⁴. Estos dos últimos equipos también pueden combinarse con equipos de Tomógrafos Computados (TC) o equipos de Resonancia Magnética (RM), en diversas configuraciones que optimizan la información diagnóstica, como: PET/TC; SPECT/RM; etc. Los radiofármacos necesarios para los estudios en Cámara Gamma y SPECT, se obtiene mediante columnas generadoras de ⁹⁹Mo-^{99m}Tc disponibles en cada Centro de MN, en tanto los radiofármacos utilizados en PET se obtienen mediante ciclotrones y complejos procesos radiofarmacéuticos en equipos específicos que, por razones logísticas, suelen estar ubicados cerca o en los propios Centros de MN.

³ Acrónimo del inglés Single Photon Emission Tomography, (Tomografía por emisión de fotón único).

⁴ Acrónimo del inglés Positron Emission Tomography, (Tomografía por emisión de positrones).

Desarrollo

La Comunidad científica y tecnológica de la Medicina Nuclear argentina

La comunidad MN en Argentina es multidisciplinaria desde su origen y está compuesta por diferentes perfiles profesionales que participan en distintos momentos de los procesos de trabajo investigativo, asistencial o de desarrollo tecnológico. Tienen en común, la utilización de fuentes abiertas de radiación en alguna parte del proceso productivo, razón por la cual requieren un PI emitido por la ARN y desempeñan sus tareas en al menos uno de los 289 Centros de MN, equipados con alrededor de 235 instalaciones que cuentan con uno o más Cámaras Gamma/SPECT y 54 instalaciones con PET, abastecidos por 5 ciclotrones⁵ (Argentina, 2024). Por tratarse de una actividad altamente regulada y controlada por una única autoridad nacional, la cantidad y distribución de los PI será nuestro criterio de inclusión para su análisis y, en el caso de perfiles profesionales más amplios (como Bioquímica, Cardiología, Farmacia o Producción de Bioimágenes), sólo se abordarán los tópicos relacionados con la actividad en MN⁶. En Argentina, este grupo está compuesto – alfabéticamente – por:

- Bioquímicos (Diagnóstico “In Vitro”)
- Especialistas en Física de la MN
- Licenciados en Producción de Bioimágenes, Orientación MN (LDIMN)
- Médicos Especialistas en Cardiología Nuclear
- Médicos Especialistas en MN
- Radioquímicos
- Radiofarmaceutas
- Técnicos Superiores en MN / Técnicos en MN (TSMN/TMN)
- “Técnicos Idóneos” en MN

⁵ Para el dimensionamiento del sector, se contabilizaron las Licencia de Operación vigente para “Uso de fuentes radiactivas no selladas para diagnóstico en seres humanos” por ser de aplicación general y “Uso de fuentes radiactivas no selladas en instalaciones PET, para diagnóstico en seres humanos”, respectivamente (Argentina, 2024).

⁶ En el presente trabajo, nos enfocaremos exclusivamente en la comunidad técnica en MN. Una descripción más detallada de los diferentes grupos, sus instituciones y publicaciones especializadas, puede encontrarse en Einisman (2021).

Todos los perfiles arriba mencionados requieren la PI emitida por ARN y formación específica para cada propósito, los cuales se describen en la Tabla 1:

Tabla1: Listado de Permisos Individuales para MN, según sus propósitos.

Propósito	Formación requerida
Uso de fuentes radiactivas no selladas, en estudios diagnósticos	Universitaria (Medicina)
Uso de fuentes radiactivas no selladas en instalaciones PET, para diagnóstico en seres humanos	
Uso de fuentes radiactivas no selladas para tratamiento de hipertiroidismo	
Uso de fuentes radiactivas no selladas para tratamiento de hipertiroidismo y carcinoma de tiroides	
Uso de fuentes radiactivas no selladas en instituciones de medicina nuclear, soluciones, moléculas marcadas y coloides en terapia	
Uso de fuentes radiactivas no selladas en instituciones de medicina nuclear, microesferas en terapia	
Radiofarmacia ⁷	Universitaria (Química/ Farmacia)
Uso de trazadores radiactivos “in vitro” relacionado con el diagnóstico en seres humanos ⁸	Universitaria (Bioquímica)
Especialista en Física de las Instalaciones de Medicina Nuclear	Universitaria (Bioingeniería/ Física Médica)
Técnico Superior en Medicina Nuclear / Técnico en Medicina Nuclear	Universitaria (LDIMN) o Terciaria (TSMN/ TMN)
“Técnico Idóneo” en Medicina Nuclear	Secundaria

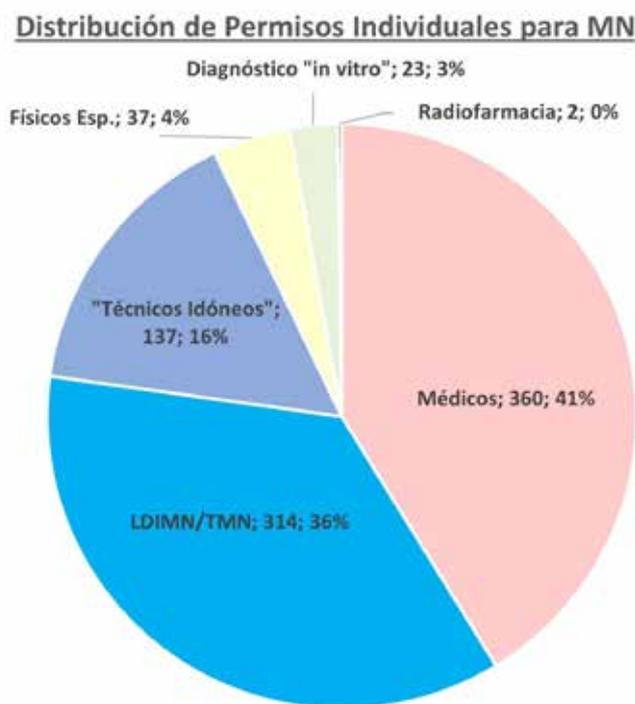
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Autoridad Regulatoria Nuclear (Argentina, 2024).

⁷ Los Permisos Individuales para Radiofarmacia están orientados a I+D+i. Las tareas de radiofarmacia en los Centros de MN están mayoritariamente a cargo del personal Técnico.

⁸ Habitualmente, las tareas de diagnóstico “In vitro” no se realizan en los Centros de MN, sino en laboratorios registrados al efecto.

A la fecha del presente estudio (mayo 2024), 873 profesionales habilitados por la ARN trabajan en tareas relacionadas con la MN, los cuales se distribuyen – según finalidad – como se ilustra en la Figura 2:

Figura 2: Distribución según propósito del Permiso Individual.



Fuente: Elaboración propia con datos de la Autoridad Regulatoria Nuclear (Argentina, 2024)

A lo largo de su breve historia, los miembros de la comunidad científica de la MN argentina han ido constituyendo diferentes instituciones. Las presentamos sintéticamente en la Tabla 2⁹, en orden cronológico desde su constitución:

⁹ Una descripción más detallada de su historia puede encontrarse en Einisman (2021).

Tabla 2: Instituciones de la Comunidad MN argentina.

Año de creación	Nombre actual	Agrupación	Publicaciones
1963	Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear (AABymN)	Médicos especialistas en MN, bioquímicos, radiofarmaceutas y técnicos ¹⁰	Revista de la AABymN
1985	Consejo de Cardiología Nuclear. Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)	Médicos con sub-especialidad en Cardiología Nuclear	Revista Argentina de Cardiología (RAC)
1994	Asociación Argentina de Cardiología Nuclear (AACN)	Médicos especialistas en cardiología nuclear o MN	-
1995	Sociedad Argentina de Física Médica (SAFIM)	Físicos, físicos médicos y bioingenieros	-
2006	Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear (AATMN)	Licenciados y Técnicos en MN	-

Fuente: Elaboración propia.

La pertenencia a sociedades científicas y profesionales, además de ser un ámbito de intercambio de saberes, representa un espacio de reconocimiento simbólico entre los miembros de una comunidad. Los factores sociales y tensiones internas de esas comunidades forman parte de las condiciones en las que se desarrolla la actividad científica y tecnológica, permeando y conformando su propia historia. De modo que, estudiando los documentos producidos por las instituciones a lo largo de su historia, encontramos conceptos e ideas que pueden parecer aceptables en un determinado momento histórico y dejar de serlo en otro contexto. Por ello es importante a la hora de abordar un tema como el que nos ocupa, caracterizar tanto los procesos históricos como las acciones presentes. Así, revisando el Estatuto de la AABymN – primera institución profesional de esta comunidad – vemos que ya establecía para los Técnicos la ausencia del derecho a voto y, por lo tanto, la imposibilidad de elegir y ser elegido para cargos directivos, más allá de la *supervisión* del Comité de Técnicos por parte de un miembro titular, generalmente un médico:

¹⁰ Entre 1996 y 2006 existió un “Capítulo Técnico” que realizaba actividades en las conferencias y congresos de la AABymN.

Artículo 14: Los miembros técnicos tienen derecho a participar en las reuniones científicas, recibir las publicaciones que efectúe la Asociación, participar sin voto de las Asambleas, participar en el desarrollo y organización de tareas y reuniones científicas en temas inherentes a su condición de Técnicos. A tal fin se constituirá anualmente un comité formado por 5 técnicos titulares, de los cuales 1 será el encargado de coordinar y llevar a cabo las actividades mencionadas. Este comité será supervisado por un miembro titular designado por la Comisión Directiva. Como obligación, deberán abonar, antes del 31 de julio de cada año, la cuota social que fije la Comisión Directiva. (Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear, 2003 apud Einisman, 2005).

En la versión actual del Estatuto, se mantienen algunas limitaciones en relación con los cargos societarios, aunque ha desaparecido la figura tutelar:

Artículo 14: De los miembros técnicos:

- a. Participar en las reuniones científicas.
- b. Recibir las publicaciones que efectúe la Asociación.
- c. Participar sin voto de las Asambleas Generales.
- d. Participar en el desarrollo y organización de tareas y reuniones científicas en temas inherentes a su condición de técnicos. (Asociación Argentina de Biología y Medicina Nuclear, 2024)

Llama la atención que el texto no destaque la condición de otros miembros de la comunidad científica y tecnológica, como Médicos, Bioquímicos o Físicos, sino que sólo mencione específicamente la condición de los Técnicos. Entre otros motivos, fue esta situación –la discriminación en sus derechos societarios– la que llevó a la constitución de la AATMN en 2006, tal como ocurrió en otros países a lo largo de la historia de esta disciplina. La invisibilización del aporte técnico también se evidencia en las publicaciones científicas, porque, aunque es muy poco probable que durante un trabajo de investigación en el campo de la MN no haya participación de profesionales técnicos, éstos no suelen consignarse entre los autores¹¹, cosa que no solo ocurre en el caso de los TMN, sino entre los técnicos de la Salud en general (Barcat, 2016). La “condición de técnicos”

¹¹ En una perspectiva histórica y fuera del periodo estudiado en este caso, en la revisión de 706 trabajos de la CNEA, la excepción a esta regla es una publicación de 1967 donde se indica la autoría de este modo: “E. Rochna Viola, Arturo M. Musso y Silvio Kremenchuzky. Con la asistencia técnica de Beatriz F. de Jost”. La Sra. Beatriz Fragueiro de Jost fue una asistente de laboratorio que trabajó en la CNEA durante la década del '60 y participó de las tareas de extracción y procesamiento de las muestras de sangre para ese estudio. (Viola; Musso; Kremenchuzky, 1966)

parece encubrir otra cuestión de índole sociológica (Shapin, 1991) y de política institucional que merece ser estudiada más profundamente.

Breve reseña sobre los Técnicos en MN en Argentina

En una entrevista periodística a uno de los iniciadores de la MN local, el Dr. Osvaldo Degrossi (1928-2017) recuerda a quien posiblemente fuera el primer TMN de la Argentina: el Sr. Alberto Merodio, con quien trabajó en el Hospital Rawson (Ciudad de Buenos Aires) y compartió el primer Curso de Metodología de los Radioisótopos dictado en 1958 por la Comisión Nacional de Energía Atómica (CNEA) (Degrossi, 2007). El Hospital Rawson cerró en 1979 y lamentablemente no fue posible encontrar más datos de este profesional pionero. Lo mismo sucede con la Sra. Doris Darby, posiblemente la primera TMN del mundo, que trabajó con el médico Saul Hertz (1905-1950) en algún momento entre 1946 y 1950 en Boston, Estados Unidos, y de la que sólo se conoce su nombre y dos fotografías. El primer curso de formación específico de TMN en Argentina se estableció en 1971 en el Centro Atómico Ezeiza y en el Centro de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas, ambos dependientes de la CNEA.

Entre los antecedentes históricos de este colectivo, podemos destacar que en el año 1986 un grupo de TMN se reunió en Buenos Aires con la intención de formar una asociación que los representara. No lograron obtener personería jurídica y funcionaron durante unos pocos meses, hasta su disolución. En 2001, liderados por el entonces TMN Roberto Galli (n. 1961) algunos de esos profesionales volvieron a reunirse para trabajar de manera independiente con el objetivo de elaborar un documento que – por primera vez– definiera con claridad el perfil profesional del TMN, produciendo el “Estándar de Competencia Laboral para el Nivel Inicial del Técnico de Medicina Nuclear de la República Argentina” (Grupo Coordinador y Grupo de Expertos, 2001). Fue el primer trabajo realizado íntegramente por TMN con el objeto de promover su propio desarrollo profesional, ya que en 50 años de desarrollo de la MN en el país sólo se contaba con cursos de formación inicial y actividades de actualización. En el año 2003 y con ese “Estándar de Competencia Laboral” como base, parte de aquellos TMN integraron la Comisión Asesora compuesta por instituciones involucradas en la formación y ejercicio profesional de los TMN, que junto a la Comisión Interministerial (Convenio 296/02) formada por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, Ciencia y

Tecnología, participaron en la elaboración del documento que define el perfil profesional, las bases para la organización curricular y las tareas reservadas al Técnico Superior en Medicina Nuclear (TSMN) (Argentina, 2003b). Este documento establece:

En los procesos de trabajo en Medicina Nuclear son necesarios profesionales con un nivel de calificación, caracterizado por el dominio de conocimientos teóricos especializados y de saberes operativos que se movilizan en ocupaciones predominantemente determinadas en la producción de servicios, particularmente en el área de la salud, y que le permiten desempeñarse de modo competente en un rango amplio de actividades. Éstas suelen involucrar la identificación y desarrollo de procedimientos apropiados para la resolución de problemas complejos, con grados relevantes de incertidumbre. Estos múltiples procesos requieren de profesionales con conocimientos teóricos especializados y sólidos saberes operativos. Un alto nivel de calificación justifica el amplio espectro de contenidos necesarios para una gestión eficiente, efectiva y de calidad por parte de los técnicos.

Quienes obtienen esta certificación deben conocer y respetar la normativa vigente elaborada por la Autoridad Regulatoria Nuclear, ser capaces de asumir la responsabilidad sobre los resultados del propio trabajo y sobre la gestión del propio aprendizaje y, cuando resulte necesario, asumir roles de liderazgo y responsabilidad sobre el mejoramiento de la organización y de los resultados del trabajo de otros.

El Técnico Superior en Medicina Nuclear es un profesional de la salud que, desde una formación centrada en el proceso tecnológico que involucra el uso de compuestos radiactivos, debe además desarrollar competencias en lo referido a la promoción de la salud. Comprometido socialmente con la actividad que realiza, participa en la gestión y en la atención de la salud, ejecutando procedimientos técnicos específicos en el campo de la Medicina Nuclear. (Argentina, 2003b, p. 4)

El documento básicamente establece, por un lado, cuál es la tarea específica de estos profesionales: su perfil profesional; la competencia general; las áreas de competencia; y el desarrollo del perfil profesional y ocupacional. A continuación, establece los conocimientos necesarios para la plena realización de estas tareas, para lo cual estipula las Bases curriculares, con sus Contenidos básicos y, por último, las actividades reservadas al título de TSMN.

La Comisión Interministerial estaba conformada por representantes de los Ministerios Nacionales de Salud y Educación, Ciencia y Tecnología de Argentina y contaba con una integración amplia y diversa, representativa de buena parte de las instituciones estatales y de la comunidad MN. En su Comisión Asesora, representantes de grupos profesionales y entidades formadoras de TMN (Tabla 3).

Tabla 3: Instituciones que han contribuido al Documento de Base TSMN (2003)

COMISIÓN INTERMINISTERIAL (CONVENIO 296/02)		
Ministerio de Salud	Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología	
Dirección Nacional de Políticas de Recursos Humanos en Salud	Instituto Nacional de Educación Tecnológica	Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente
COMISIÓN ASESORA		
ARN	CNEA	AABymn
Capítulo Técnico de la AABymn	Facultad de Farmacia y Bioquímica (UBA)	Hospital General de Agudos Juan A. Fernández

Fuente: Elaboración propia.

El documento de la Comisión Interministerial (Argentina, 2003b) otorgó validez nacional al título de TSMN, al ser reconocido por el Consejo Federal de Salud y el Consejo Federal de Educación en 2007 en la Resolución CFE N°34/07 (Consejo Federal de Educación, 2007). Asimismo, los contenidos establecidos en el Documento Base fueron reconocidos por la ARN como los mínimos necesarios para la solicitud del PI para TMN (Argentina, 2004). La formación de TMN – que se inició en la Argentina en 1971 como Curso terciario de un año en la CNEA – se transformó con el desarrollo de la Educación Superior en carreras universitarias de tres años dictadas en dos Universidades Nacionales: Universidad Nacional de San Martín (UNSAM) (Argentina, 2016) y Universidad de Buenos Aires (UBA) (Argentina, 2015b). Además, este curso se dicta a nivel terciario en el Hospital “Juan A. Fernández” (Argentina 2015a) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A la fecha, este colectivo formado por 18 LDIMN (UNSAM) y 296 TSMN/TMN, posee un total de 314 Permisos Individuales de la ARN.

El 21 de octubre de 2006, un grupo de 28 Técnicos en Medicina Nuclear se reunieron en el Centro de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas “José de San Martín” para constituir la Asociación Argentina de Técnicos en

Medicina Nuclear (AATMN), eligiendo a presidente uno de los coautores de este trabajo, por entonces TMN (CGE). Entre los objetivos estatutarios incluyen el desarrollo científico y tecnológico de la profesión, así como lo defensa de los intereses de sus asociados. Algunos de esos miembros fundadores habían participado en el “Capítulo Técnico” de la AABymN (1996-2006) y en elaboración del documento base Técnico Superior en Medicina Nuclear (Argentina, 2003b).

Licenciados en Diagnóstico por Imágenes, orientación Medicina Nuclear

Dentro del campo de la actividad técnica en MN, los Licenciados en Diagnóstico por Imágenes, orientación MN, constituyen el grupo de profesionales de grado integrado más recientemente a esta comunidad científica, ya que la carrera fue creada en 2004 en el ámbito de la Escuela de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de San Martín (ECyT-UNSAM) (Escuela de Ciencia y Tecnología, 2024) como Ciclo de Complementación Curricular para Técnicos Universitarios en Diagnóstico por Imágenes¹² (TDI). En 2008 tuvo su primer egresado, totalizando 18 titulados hasta 2024. Esta Licenciatura –por su orientación– constituye el título de grado específico para la gestión de los procesos y tecnologías en MN¹³. No obstante, desde la perspectiva regulatoria esos profesionales acceden al PI para TMN¹⁴. Esto significa que, aunque la obtención del título de grado universitario habilita al ejercicio profesional, en la práctica el PI emitido por la ARN para los LDIMN es el mismo que para los titulados como TMN y TSMN (nivel terciario) y aún las de los denominados “Técnico Idóneo” en MN (nivel secundario). Tampoco existe actualmente oferta de posgrado universitario específica para los LDIMN, tal como sí existe en otros países¹⁵. Esto expresa una tensión clave entre los campos Educación-Regulación-Trabajo que profundizaremos más adelante.

¹² Durante los primeros años, los graduados de la CNEA TMN fueron admitidos en la LDIMN aprobando cuatro asignaturas del ciclo TDI, pero pocos estudiantes completaron este proceso y sólo dos se han graduado hasta la fecha.

¹³ Existen otras Licenciaturas en Diagnóstico por Imágenes como formación de grado para Técnicos en Radiología o Diagnóstico por Imágenes, pero que sus planes de estudio no satisfacen los requisitos del Documento Base TSMN (Argentina, 2003b) ni de la Resolución ARN 75/2004 (Argentina, 2004) para la obtención del PI de ARN.

¹⁴ Los Permisos Individuales se emiten según cada propósito de uso y no según la titulación del solicitante. Si bien la LDIMN es la instancia de grado del TMN/TDI, el propósito del Permiso es el mismo desde la perspectiva regulatoria.

¹⁵ Hasta la fecha, sólo se han registrado dos LDIMN con título de especialistas y uno con doctorado. Esto es señal que aún queda mucho por hacer en este sentido en nuestra región.

Problemática del proceso de trabajo en MN

Como en tantos otros casos en el campo de la Salud, en MN hay actividades profesionales compartidas por diferentes perfiles. En la Tabla 4, presentamos a título ilustrativo una distribución usual de los procesos de trabajo:

Tabla 4: Procesos de trabajo en MN según perfiles profesionales

Perfil profesional	Preparación de radiofármacos	Producción de datos e Imágenes Diagnósticas	Producción del Diagnóstico médico	Calibración de Equipos	Protección Radiológica
Técnico	XX	XX	-	XX	XX
Médico	-	X	XX	-	XX
Físico	-	X	-	XX	XX

Referencias: “XX” Actividad primaria; “X” Actividad eventual.
Fuente: Elaboración propia.

Como ya se indicó, a la fecha existen en Argentina 235 instalaciones con Cámara Gamma/SPECT y 54 instalaciones PET, lo que totaliza 289 instalaciones de MN. Al contabilizar los profesionales calificados, encontramos: 360 médicos, incluyendo especialistas en MN y en Cardiología Nuclear; 314 LDIMN/TMN y 23 Físicos en MN¹⁶. Si relacionamos las cantidades de instalaciones con los profesionales habilitados, los resultados son que se disponen por cada instalación: **1,25 médicos y 1,09 LDIMN/TMN** por cada servicio. Esta relación muestra una enorme divergencia entre lo regulado y la realidad de las posiciones técnicas en MN, ya que las tareas asistenciales de producción de resultados diagnósticos que llevan a cabo estos profesionales requieren más personal y horas que las de interpretación de resultados que realizan los médicos. Por otro lado, la diversidad de la duración de la jornada laboral según el subsector en el que se ejerzan las tareas (público, privado o de la seguridad social), puede variar entre 3 y 8 horas diarias de trabajo. Sería inviable operar una instalación de MN con menos de 2 LDIMN/TMN. La recomendación del Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA) es de 1 a 2 por

¹⁶ La presencia de Físicos Médicos (FM) sólo es obligatoria en las instalaciones de MN con equipos PET. Esto implica que la participación de físicos en el 85% de los servicios de MN argentinos es escasa. Actualmente, la proporción de Autorizaciones Individuales sobre un total de 209 es de 186 Especialistas en Física de Radioterapia (89%) versus 23 Especialistas en Física de MN (11%). (Argentina, 2024).

instalación a jornada completa, lo que se traduce, según los regímenes laborales argentinos **entre 2 y 6 profesionales técnicos por cada instalación** de MN (International Atomic Energy Agency, 2006, p. 93).

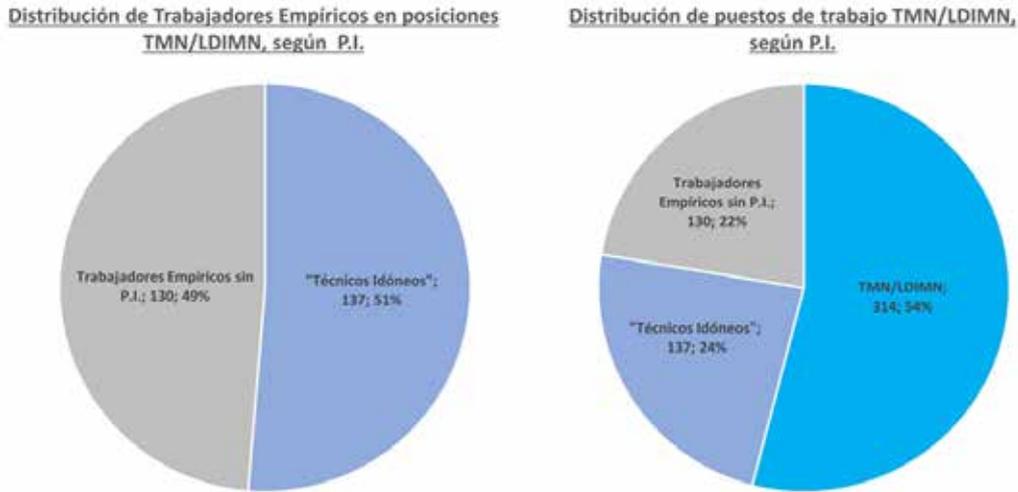
Esta diferencia entre los profesionales habilitados y los puestos de trabajo reales, en algunos casos se resuelve por el doble o triple contratación de profesionales cualificados, pero también se cubre irregularmente por al menos 267 Trabajadores Empíricos o “Técnicos Idóneos” cumpliendo las funciones reservadas a TMN, lo que impacta en las posibilidades de priorizar la formación académica y el desarrollo profesional de este colectivo, así como en las implicaciones en la atención y sus consecuencias sanitarias y legales. Recientemente, el propio OIEA ha reconocido la existencia del problema a nivel mundial:

En muchos países, no se ha comprendido bien la importancia de la formación de los tecnólogos y, en consecuencia, el desarrollo profesional de este grupo ha quedado rezagado con respecto a otros. Como resultado, hay muchos tecnólogos trabajando en medicina nuclear que han tenido poca o ninguna formación formal. El OIEA ha tenido en cuenta este hecho y ha desarrollado un programa de formación asistida a distancia. (Organismo Internacional de Energía Atómica, 2020, p. 75).

Las estimaciones realizadas por la AATMN en 2012 ya eran de unos 300 trabajadores sin formación, titulación o PI requerida por la Resol. ARN 8.2.4 (Argentina, 2003a), contratados en instalaciones públicas y privadas de todo el país. En 2018, la ARN impulsó un censo de trabajadores sin PI en posiciones técnicas en MN, el cual relevó un total de 267 personas en esa condición de las cuales sólo 137 (51,3%) obtuvieron finalmente el PI para “Técnicos Idóneos” en MN entre 2018 y 2024 (Figura 3, Izquierda). El panorama de la distribución actual de puestos de trabajo técnico en MN según los PI, se muestra en la Figura 3, a la derecha.¹⁷

¹⁷ Se tiene conocimiento que un número indeterminado de PI para TMN se emitieron a Técnicos en Radiología (Terciarios y de grado universitario) que realizaron cursos de “Metodología de los Radioisótopos” o similares, el cual representa apenas el 15% del plan de estudios de TSMN. Esto indica el alto nivel de desorganización del sector y la falta de una coordinación racional entre las instancias de Educación, Trabajo y Control Regulatorio.

Figura 3, Izquierda: Distribución según PI (2024) de los Trabajadores Empíricos entre los censados en 2018. Derecha: Distribución actual de puestos de trabajo técnico en MN según los PI.



Fuente: Elaboración propia.

Esto demuestra que la decisión tomada por el Directorio de la ARN mediante la Resolución 432/2018 (Argentina, 2018c), fue aún peor que la situación que supuestamente buscaba remediar, dado que no resolvió la problemática de la mitad de los trabajadores –los cuales siguen trabajando sin ninguna formación específica ni habilitación– y la otra mitad accedió a un PI sin la formación mínima necesaria para la tarea. Recordemos que, en la práctica, el PI otorgado a los llamados Técnicos Idóneos tiene los mismos alcances que el de profesionales de la Salud con formaciones de entre 1600 hs. (TSMN) y casi 4000 hs. (LDIMN), reemplazándolo con un “curso de actualización” de 50 horas, que representa apenas el 3% de la carga horaria de la formación de pregrado y originariamente presentado sólo para profesionales en ejercicio, según la Resolución 386/2018 (Argentina, 2018a). La medida no sólo resultó ineficaz, sino que viola la normativa vigente de la ARN, ya que estos trabajadores fueron contratados originalmente para una tarea para la cual no estaban preparados, cosa que no se resuelve con la mera experiencia de trabajo sino con formación y titulación académica específica, que es la fuente de legitimidad de la idoneidad, al menos, en cualquier profesión de Salud. Como define el Anexo de la Resolución 432/2018:

Se considerará “Técnico Idóneo” en Medicina Nuclear, al personal que, hasta la fecha de publicación de la presente Resolución en el BOLETÍN OFICIAL, pueda acreditar que se ha desempeñado en la

práctica, bajo supervisión de un médico con Permiso Individual vigente en Instalaciones de Medicina Nuclear, durante al menos los últimos 5 (cinco) años y cuenta con el aval de buen desempeño de los titulares de Licencias de Operación, otorgadas por la ARN y sus responsables por la seguridad radiológica por el período mencionado. (Argentina, 2018c, p. 2).

Como vemos en el Anexo de la Resolución 432/2018 (Argentina, 2018c), la ARN impone como requisito para acreditar la “idoneidad” la emisión de una nota de aval del médico responsable de la Protección Radiológica de la instalación y del titular de la Licencia de Operación (generalmente, también médico). Se trata de un caso insólito, donde el Estado reconoce atribuciones educativas e inspectivas a particulares que no cuentan con el respaldo académico necesario; ya que la formación médica no incluye la preparación docente necesaria para evaluar, ni los conocimientos y habilidades propias del perfil técnico. Por eso observamos que la atribución de capacidades para valorar y avalar a este Trabajador Empírico no tiene relación con ninguna de las “actividades reservas” al título médico, sino a una sobrevaloración de sus alcances por parte de la autoridad regulatoria¹⁸. Al ignorar la especificidad de la formación TSMN reconocida por la Resolución ARN N.º 75/2004 (Argentina, 2004), la Resolución ARN N.º 432/2018 (Argentina, 2018c) invisibiliza y descalifica el trabajo técnico mientras sobrecalifica el trabajo médico, ambos complementarios en el campo real de trabajo. Tras su publicación, la respuesta institucional de la AATMN no se hizo esperar, señalando, entre otros conceptos:

La figura “Técnico Idóneo” es falaz, porque no existe tal Técnico. No se encuadra en los términos de la Ley 20.658, de Educación Técnica Profesional, ni como título de Educación Superior No Universitario o Universitario. Por otro lado, la idoneidad de un Trabajador Empírico, debería ser evaluada en un contexto educativo reconocido a tal efecto y no por la simple emisión de una constancia de sus propios empleadores, quienes son parte interesada en la obtención de

¹⁸ Esta sobrevaloración se expresa incluso socialmente, en el trato dispensado hacia ciertos profesionales a los que se les llama coloquialmente “Dr. o Dra. X” con el sólo título de grado (en Medicina, Derecho, etc.) y sin haber alcanzado el correspondiente título doctoral. Existe el mito que esto está fundado en la inexistente Acordada 65/57 de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Además, la fuente primaria de legitimidad en el derecho romano (del cual deriva el derecho argentino) es la normativa y no los “usos y costumbres”, como en el derecho sajón. La atribución de títulos y honores es un delito tipificado en el artículo 247 del Código Penal argentino, por lo que ni la mera costumbre ni las Resoluciones de los Consejos Profesionales le otorgan legalidad (Argentina, 1984).

un permiso individual y corresponsables de la situación irregular del trabajador, junto a la propia ARN, por incumplimiento crónico de su actividad regulatoria e inspectiva. Atentos a que la Norma AR 8.2.4, del año 2002 ya establece que se debe contar como dotación mínima con “Personal profesional o técnico con permiso individual y preparación adecuada para la manipulación de material radiactivo, en número adecuado a la carga de trabajo de la instalación de medicina nuclear”. (Asociación Argentina de Técnicos en Medicina Nuclear, 2018, p. 2)

En nuestro recorrido ya encontramos omisiones, metáforas y comillas a la hora de referirse (o no) al trabajo técnico en MN. Así que podemos preguntarnos ¿es necesario utilizar metáforas para nombrar lo invisible? Tiene sentido detenerse y reflexionar sobre el alcance y la profundidad del lenguaje y su capacidad de configurar nuestra realidad social. La traducción castellana de la voz griega μεταφορά (metaphorá) es: “Llevar a otra parte, trasladar, transferir, cambiar, mudar” (Gómez de Silva, 1988) y a su vez derivaría de la raíz indo-europea *bher*, que pasó al griego y al latín como “llevar” (Roberts; Pastor, 1996). Entonces, hay algo llevado de una parte a otra. ¿Qué cosa? Ni más ni menos que el *sentido*, la carga simbólica. Eso –tan intangible como contundente– capaz de “hacer mundo” y marcar profundamente las condiciones socioambientales del trabajo donde miles de trabajadores transcurren sus vidas laborales. Cuando ese sentido se lleva de un colectivo hacia otro, tendremos consecuentemente déficit en el grupo desfavorecido y un exceso en los receptores, que habitarán en un espacio simbólico sobresignificado, sobrevalorado social y políticamente en detrimento del primero, que será desfavorecido, invisibilizado y privado de los derechos y garantías que les corresponden como trabajadores. En este estudio de caso, se evidencia esa transferencia de sentido de un sujeto social a otro –concretamente: de los trabajadores hacia a sus empleadores– llevada a cabo por un Estado puesto al servicio de los intereses de estos últimos.

Nos encontramos aquí ante una articulación perversa: a) por un lado, la desigual distribución de profesionales técnicos en MN en el territorio argentino por no existir una oferta laboral suficientemente atractiva; b) la ocupación de esas posiciones técnicas con trabajadores no calificados formalmente y en situación irregular; c) la tolerancia de la autoridad de control – por omisión hasta 2018 y por acción hasta el presente – pero siempre en violación de su propia normativa. Esta realidad heredada

sucesivamente por todas las administraciones nunca fue resuelta satisfactoriamente a nivel nacional, más allá de las declaraciones de buena voluntad de algunos funcionarios puntuales de la ARN¹⁹.

La Resolución 432/2018 (Argentina, 2018c) desconoció incluso el único antecedente exitoso de normalización de Trabajadores Empíricos en MN, reconocido por la propia ARN en 2013. En la ciudad de Rosario, Santa Fe, a partir de un convenio entre la AATMN y la Asociación de Técnicos de la Salud de Rosario, se produjo un proceso de normalización de Trabajadores Empíricos entre 2011 y 2013 que permitió a 17 de los 30 Trabajadores Empíricos, cursar y obtener el título oficial como “Técnico Superior en Medicina Nuclear”. El Directorio de ARN reconoció esa carrera en la Resolución 410/2013 (Argentina, 2013) y más del 70% de los egresados obtuvieron su PI de TMN, desempeñando sus tareas con la formación, titulación y experiencia que les permiten cuidarse y cuidar a los demás. A partir de esta experiencia exitosa en la ciudad de Rosario, la AATMN presentó a la ARN una propuesta en 2016 para implementar un Plan Nacional de Normalización de Trabajadores Empíricos en MN, que fue ignorada por sus autoridades. Asimismo, y lamentablemente, el Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe (del cual depende el nivel terciario no universitario) discontinuó el curso luego de la graduación de la única promoción de egresados de TMN de Rosario, considerando que así se cubría la demanda de trabajadores, caso similar a la TSMN dictada en la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER).

Con la Resolución 432/2018 (Argentina, 2018c) y violando su propia normativa preexistente, el Directorio de la ARN (2015-2019) implementó en la MN una decisión que expone a los trabajadores, pacientes y público en general a situaciones de riesgo evitables. Lamentablemente, otras instituciones del sector, como la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina, 2019a), FUESMEN (Argentina, 2019b) y AAByMN (Argentina, 2019c) se propusieron para el mencionado “curso de actualización”. Otras instituciones públicas signatarias del Documento Base Técnico Superior en Medicina Nuclear (Argentina, 2003b): Secretaría

¹⁹ En una actitud digna de ser reconocida y recordada, la responsable del área académica de la Gerencia de Protección Radiológica de ARN, Lic. Nora Nasazzi, emitió oportunamente su dictamen contrario a la Resolución 432/2018 (Argentina, 2018c), sólidamente fundado en la normativa educativa y de la propia de la ARN. La respuesta del Directorio fue eliminar su función del organigrama institucional, lo cual desencadenó en su renuncia.

(antes Ministerio) de Salud; Ministerio de Educación; Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET) y la CNEA, entre otras, no reaccionaron ante este despropósito. Todos estos hechos indican un “espíritu de época” que naturaliza la pauperización de las condiciones de formación y trabajo, donde lo absurdo se vuelve aceptable desde que favorezca a los intereses empresariales. Póngase atención al modo en que la propia ARN lo presenta en su Informe Anual 2018:

En 2018, la ARN completó un censo nacional, dividido por provincias, con el objetivo de implementar la regularización del personal que se desempeña como idóneo en instalaciones de medicina nuclear. Asimismo, definió las condiciones requeridas para ser considerado “Técnico Idóneo” y reconoció los contenidos mínimos y carga horaria del curso que los mismos deben aprobar a fin de obtener o renovar el Permiso Individual para “Técnico Idóneo en Medicina Nuclear”. (Argentina, 2018b, p. 1)

A pesar de la gravedad y el peligro para la Salud Pública que esto implica, la repercusión en la prensa fue prácticamente nula, lo que refuerza el proceso de invisibilidad de este problema y este colectivo²⁰.

Reflexiones finales ¿o iniciales?

En esta breve reseña histórica se fueron enumerando una serie de hechos que proponemos colocar en relación. Partimos del reconocimiento de un proceso de invisibilización de los TMN que no es exclusivo de este colectivo, sino que afecta históricamente a los Técnicos de la Salud en general. Esta invisibilización se hace patente cuando identificamos la dificultad –a la hora de reconstruir la historia– para dar con datos biográficos de trabajadores de perfil técnico, tanto nacionales como extranjeros. Prácticamente no hay memoria institucional del trabajo técnico, a diferencia de lo que ocurre con otros profesionales. En el caso particular que nos ocupa y aunque estos trabajadores formaron parte de los inicios de la MN argentina, no aparecen mencionados en el Reglamento de Uso Radioisótopos de 1958.

²⁰ El diario “La Nación” hizo un extenso reportaje al presidente de la AATMN sobre este tema, pero el mismo no fue publicado por orden de los Editores del diario, dado el tono crítico de la denuncia contra un gobierno que representaba a sus intereses políticos y corporativos. Sólo la columnista de Salud Paola Avena (Avena, 2019) le dio unos minutos de difusión a la problemática en el programa del periodista Victor Hugo Morales.

La invisibilidad de estos trabajadores está fuertemente vinculada a la configuración histórica de un campo de actuación que, hasta hoy, conserva marcas de fuerte jerarquización – sobre todo en torno de la figura médica – al establecer el trabajo y el conocimiento biomédico como centro del proceso de trabajo en salud, en detrimento del reconocimiento y valorización de otras categorías profesionales. Surgieron al amparo del progreso tecnológico y de la división técnica y social del trabajo en las sociedades contemporáneas. Históricamente, la configuración del proceso de trabajo en salud produjo una polarización entre la formación del médico (de nivel superior) y la formación de las denominadas “actividades de colaboración” (Argentina, 1967). Esto se observa en la organización de los sistemas de salud, con la jerarquización e integración de los diferentes niveles de atención, así como la progresiva incorporación de tecnologías a los mismos que determinaron la complejización y especialización de funciones, provocando la necesidad de elevación de los niveles de escolaridad del personal que estaba siendo incorporado al sistema. Así, la formación de los trabajadores de la salud que, en muchos casos, se había desarrollado en el propio proceso de trabajo con diferentes grados de formalización, fue articulándose progresivamente dentro del sistema educativo, pero reproduciendo en la jerarquía de niveles de enseñanza la jerarquización preexistente del proceso de trabajo. En este proceso, se incorporó un conjunto de funciones específicas necesarias para el funcionamiento de las instituciones sanitarias, por vía regulatoria, exigencias de certificación educativa generales y/o específicas, que hoy modelan la fuerza de trabajo del sector salud y constituyen uno de los elementos centrales en el debate sobre la formación (Pronko, 2019). Es precisamente este debate el que se actualiza en el caso analizado. La pregunta que parece recorrer la exposición precedente es: ¿qué tipo de formación precisan los trabajadores técnicos en MN para el desempeño de sus funciones? ¿Basta el saber hacer adquirido en algunos años de experiencia práctica en el uso cotidiano de los equipamientos o es necesaria una formación sistemática, de nivel superior, que tome en cuenta los fundamentos científicos y tecnológicos que permitan al profesional técnico no sólo hacer sino también comprender las implicaciones técnicas, sanitarias, humanas, sociales y ambientales de su trabajo específico?

En este punto de la argumentación, es necesario poner en juego otras tensiones históricas para avanzar en la construcción de una respuesta.

Como ya señalamos, la formación de los trabajadores técnicos en salud surge como necesidad a partir de la creciente estructuración de los servicios de salud: inicialmente como una formación estrechamente vinculada a la actividad y realizada en el propio proceso de trabajo, caracterizada por un alto grado de instrumentalidad (formación orientada por la demanda, enfatizando el carácter técnico-instrumental, con poca o ninguna reflexión pedagógica sobre el proceso formativo). La progresiva complejización del trabajo en salud, configurado como trabajo heterogéneo y jerárquicamente fragmentado, pasa a plantear una también creciente exigencia de escolaridad previa o concomitante al proceso formativo específico, favoreciendo una integración cada vez más intensa de este tipo de formación con el sistema educativo formal, lo que derivó en una doble regulación para estos trabajadores: la regulación de la formación (generalmente asumida por ministerios de educación o autoridades regulatorias equivalentes) y la regulación del trabajo o del ejercicio profesional (ejercida de forma variable en cada país por ministerios de salud o autoridades regulatorias equivalentes, por las corporaciones profesionales según jerarquizaciones propias derivadas de la conformación de los procesos de trabajo o por formas mixtas de regulación). Sin embargo, esos ámbitos de regulación tienen lógicas propias, no necesariamente convergentes, lo que puede llevar a importantes desajustes entre la formación y el proceso de trabajo (Pronko; Stauffer; Corbo, 2014). En el presente caso de estudio, la experiencia reciente de reconocimiento de “Técnicos Idóneos” en MN aparece como un retroceso en la regulación de la autoridad regulatoria competente en este caso (la ARN) frente al avance en la regulación educacional que había sido alcanzado a partir del trabajo coordinado de la Comisión Interministerial que, en 2003, elaboró el Documento Base (Argentina, 2003b) para la formación del “Técnico Superior en Medicina Nuclear” - TSMN.

Pero esta aparente contradicción entre lógicas regulatorias oculta, al mismo tiempo, otras determinaciones generales que pesan sobre casos específicos como el descripto. Cada país exhibe procesos particulares de conformación tanto del campo de la salud como de la educación, lo que ayuda a explicar, por ejemplo, la enorme variación entre naciones de trabajos técnicos en salud existentes y sus denominaciones (Documento de Manguinhos..., 2009, p. 258), así como las dificultades para construir normas regulatorias supranacionales. Además, en las últimas décadas todos

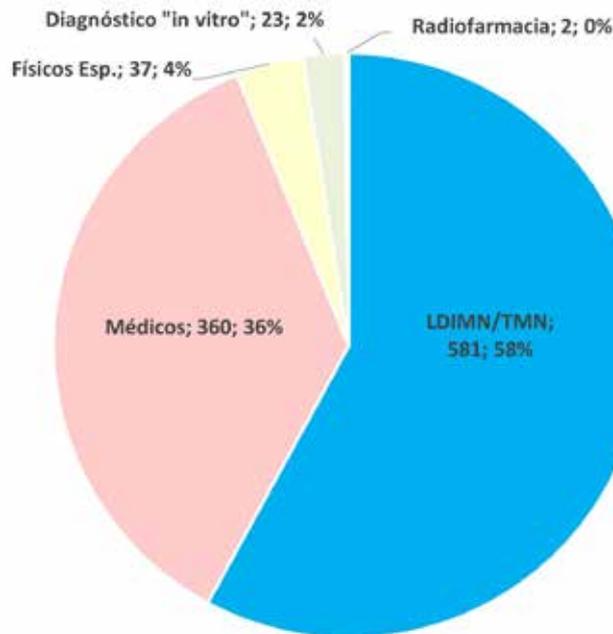
los países fueron sometidos, en mayor o menor grado, a procesos de neoliberalización de sus economías, que han tenido un impacto directo en estos procesos educativos y en la organización de los sistemas de salud.

Así verificamos que, en las últimas décadas, cada uno de esos espacios de regulación (educativo, laboral y sanitario) fue afectado, de forma particular en cada caso, por amplios procesos de desregulación que flexibilizaron la formación, la inserción laboral y la propia naturaleza de la atención sanitaria. A las formas históricamente instrumentales de formación de trabajadores técnicos sanitarios se ha superpuesto, y de forma más general, un acortamiento del horizonte formativo, de modo que éste ha quedado cada vez más restringido a las necesidades inmediatas del mercado de trabajo. De esta forma, una nueva forma de organización de la formación se superpone a la anterior, reduciendo la formación del trabajador técnico en salud a un mero “saber hacer”, pero un saber hacer sin fundamentos científicos, tecnológicos, políticos, sociales ni ambientales, que atrofian su capacidad de actuar y (con)forman esos trabajadores en los moldes de la “empleabilidad”, “emprendimiento” y “colaboración” entendidos éstos como capacidades y responsabilidades individuales, como los nuevos valores ordenadores de la sociedad contemporánea. Esta formación, cada vez más determinada por la lógica del mercado de trabajo, produce trabajadores para sistemas de salud también fuertemente afectados por lógicas mercantiles tanto en lo que se refiere a las características de la atención y del cuidado como, particularmente, a los vínculos laborales en los que desarrollan sus actividades. Al fin y al cabo, ¿qué orienta el trabajo y la formación de los trabajadores de la salud? ¿A partir de qué concepciones se organiza la atención sanitaria de un país: desde una perspectiva del mercado o desde la perspectiva de derechos colectivos al buen vivir?

Por último, cabe preguntarse: ¿Cómo quedaría configurado el campo de la fuerza de trabajo en MN si realmente se normalizara la situación de los actuales Trabajadores Empíricos en MN? Si éstos se titulasen y obtuvieran su PI como TMN, los LDIMN/TMN más que duplicarían su número, constituyéndose en el grupo mayoritario en la comunidad MN argentina (Figura 4). Esto tendría un fuerte impacto positivo en la calidad de las prácticas atencionales y la gestión de riesgos laborales, ya que se contaría con profesionales realmente capacitados, que podrían dar cuenta de cada uno de las operaciones garantizando calidad en los procedimientos.

Figura 4: Distribución hipotética PI en la comunidad MN, con todos sus Trabajadores titulados.

Distribución hipotética de P.I. para MN, según perfiles profesionales



Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, las instituciones que pretendan representar a toda la comunidad MN en el futuro también deben tener en cuenta los intereses de ese perfil profesional y disputar poder de otro modo que no sea a través de la proscripción por ilusorios de “condición técnica”. Ya hemos visto en este recorrido que los temas de *condición* distan mucho de ser ilusorios, sino que son muy concretos y fuertemente relacionados a las tensiones internas de esta comunidad, no como excepción sino como la regla de funcionamiento del campo de la salud desde una concepción médico-céntrica y una lógica neoliberal. A su vez, consideramos que esta invisibilización ha sido condición de posibilidad de la creación y el apoyo, por parte de algunas instituciones, de la figura de “Técnico Idóneo” a la que nos referimos. El objetivo debería ser que todos los Trabajadores de la Salud estén debidamente formados y pudieran realizar sus tareas de tal manera que dispusieran de los conocimientos y habilidades profesionales que les permitan cuidar de sí mismos y de los demás, en un entorno social y ambientalmente sustentable.

Referencias

ARGENTINA. Autoridad Regulatoria Nuclear. Dependiente de la Presidencia de la Nación. **Uso de fuentes radiactivas no selladas en instalaciones de medicina nuclear**. AR 8.2.4. República Argentina, 2003a. Aprobada por Resolución del Directorio de la Autoridad Regulatoria Nuclear N° 18/02 (Boletín Oficial 22/7/02) - Revisión 1. Disponible em: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/8-2-4_r1.pdf. Acceso em: 15 maio. 2024.

ARGENTINA. Código Penal de la Nación Argentina. **Lei 11.179 (T.O. 1984 actualizado)**. Disponible em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>. Acceso em: 15 maio. 2024.

ARGENTINA. **Constitución de la Nación Argentina**. Santa Fé: Boletín Oficial, 23 ago. 1994. Disponible em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/0039.pdf>. Acceso em: 4 jul. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. Dependiente de la Presidencia de la Nación. **Resolución n° 410/2013**. Buenos Aires, 23 oct. 2013. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/220000-224999/222663/norma.htm>. Acceso em: 15 maio. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 345/2019**. Resol-2019-345-APN-D#ARN. Buenos Aires, 30 ago. 2019a. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327694/norma.htm>. Acceso em: 15 maio. 2024.

ARGENTINA. MinisteriodeJusticiayDerechosHumanosde la Nación. InfoLEG. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 346/2019**. Resol-2019-346-APN-D#ARN. Buenos Aires, 30 ago. 2019b. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327695/norma.htm>. Acceso em: 15 maio. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 347/2019**. RESOL-2019-347-APN-D#ARN. Buenos Aires, 30 ago. 2019c. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/325000-329999/327696/norma.htm>. Acceso em: 15 maio. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 386/2018**. 18 set. 2018. Publicada no Boletín Oficial, n. 3393959, p. 38. Argentina, 2018a. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=314579>. Acceso em: 5 jul. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Resolución 536/2016**. Buenos Aires, 30 nov. 2016. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/266565/norma.htm>. Acceso em: 16 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. Autoridad Regulatoria Nuclear. Dependiente de la Presidencia de la Nación. **Resolución nº 427/2015**. Buenos Aires, 14 ago. 2015a. Disponible em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/250805/norma.htm>. Acceso em: 12 jul. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. Autoridad Regulatoria Nuclear. Seguridad Radiológica. **Resolución ARN N° 75/2004**. Buenos Aires, 2004. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/100000-104999/100882/norma.htm>. Acceso em: 16 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia de la Nación. **Lei 17.132**. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Buenos Aires, 24 enero 1967. Disponible em: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/texact.htm>. Acceso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. **Resolución nº 549/2015**. Buenos Aires, 2015b. Disponible em: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=254001>. Acceso em: 12 jul. 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. Comisión Interministerial. **Técnico Superior en Medicina Nuclear**. nov. 2003b. Disponible em: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002044.pdf>. Acceso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Presidencia de la Nación. Secretaría General. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Informe anual 2018**. Buenos Aires, 2018b. Disponible em: <https://www.argentina.gob.ar/arn/informe-anual/informe-anual-2018>. Acceso em: 15 maio 2024.

ARGENTINA. Presidencia de la Nación. Secretaría General. Autoridad Regulatoria Nuclear. **Informe anual 2022**. Buenos Aires, 2022. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/arn/informe-anual/informe-anual-2022>. Acesso em: 16 maio 2024.

ARGENTINA. Ministerio de Produccion y Trabajo. Secretaria de Emprendedores y de la Pequeña y Mediana Empresa. **Resolución 432/2018**. Argentina: Boletín Nacional, 9 nov. 2018c. Disponível em: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-432-2018-316238>. Acesso em: 5 jul. 2024.

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE BIOLOGÍA Y MEDICINA NUCLEAR. **Estatutos**. Disponível em: <https://www.aabymn.org.ar/estatutos/>. Acesso em: 16 maio 2024.

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TÉCNICOS EN MEDICINA NUCLEAR. **Resolución 432/2018**. Buenos Aires, nov. 2018. Disponível em: <http://www.aatmn.org.ar/ARN/Scan%20Nota%2020181105a%20copy.pdf>. Acesso em: 16 maio 2024.

AVENA, Paola. **Informe sobre trabajadores empíricos en MN**. [Entrevista com Carlos G. Einisman, 4 jun. 2019]. Disponível em: <https://radiocut.fm/audiocut/informe-sobre-trabajadores-empiricos-en-mn-por-paola-avena-en-programa-vhm/>. Acesso em: 16 maio 2024.

BARCAT, Juan Antonio. Autoría, técnicos y publicaciones biomédicas. **Medicina**, Buenos Aires, v. 76, n. 5, p. 326-328, out. 2016.

BUNGE, Mário. **La investigación científica: su estrategia y su filosofía**. México: Siglo XXI, 2004.

CONSEJO FEDERAL DE EDUCACIÓN. **Resolución CFE n. 34/07**. Buenos Aires, 29 nov. 2007. Disponível em: <http://www.inet.edu.ar/wp-content/uploads/2012/10/34-07.pdf>. Acesso em: 16 maio 2024.

DEGROSSI, Osvaldo. Historia, presente y futuro de la medicina nuclear. [Entrevista cedida ao] **Diagnóstico Journal**, 8 abr. 2007. Disponível em: <https://diagnosticojournal.com/historia-presente-y-futuro-de-la-medicina-nuclear/>. Acesso em: 15 maio 2024.

DOCUMENTO de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos de Saúde no Mercosul. In: PRONKO, Marcela Alejandra; CORBO, Ana-maria. D. (org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 258-261. (Caderno de Debates, 2)

EINISMAN, Carlos Gerardo. **Epistemología de la Medicina Nuclear**. 2021. Tese (Doutorado em Epistemologia e História da Ciência).

Universidad Nacional de Tres de Febrero, Buenos Aires, 2021. Disponível em: <http://170.210.60.93:8070/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=77118>. Acesso em: 15 maio 2024.

EINISMAN, Carlos Gerardo. La Siluetas de lo invisible: los técnicos de la salud en la Argentina. PRONKO, Marcela Alejandra; CORBO, Anamaria. D’Andrea (org.). **A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 159-168. (Caderno de Debates, 2)

EINISMAN, Carlos Gerardo. Relatório sobre treinamento e prática profissional da TMN na Argentina. In: CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE SOCIEDADES DE BIOLOGIA E MEDICINA NUCLEAR, 20., 2005, Punta del Este, Uruguai. **Anais [...]**. Uruguai, 4 a 7 dez. 2005.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). Observatório dos Técnicos em Saúde. **O Observatório**. [2022?]. Disponível em: <https://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/>. Acesso em: 26 mar. 2022.

ESCUELA DE CIENCIA Y TECNOLOGIA. **Licenciatura en Diagnostico por Imágenes**. Argentina, 2012. Disponível em: <https://www.unsam.edu.ar/escuelas/ecyt/14/ciencia/diagno-imagenes2>. Acesso em: 16 maio 2024.

GÓMEZ DE SILVA, Guido. Metáfora. **Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Castellana**. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1988. p. 453.

GRUPO COORDINADOR Y GRUPO DE EXPERTOS (GCYGE). **Estándar de Competencia Laboral para el Nivel Inicial del Técnico en Medicina Nuclear de la República Argentina**. Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, 2001. Disponível em: <http://www.aatmn.org.ar/documentos/ECL%20TMN1.pdf>. Acesso em: 16 maio 2024.

HERTZ, Saul; ROBERTS, Arthur. Radioactive iodine in the study of thyroid physiology: VII. The use of radioactive iodine Therapy in hyperthyroidism, **JAMA**, v. 131, n. 2, p. 81-86, maio 1946. <https://doi.org/10.1001/jama.1946.02870190005002>. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/285748>. Acesso em: 15 maio 2024.

INTERNATIONALATOMICENERGYAGENCY. **Nuclear Medicine Resources Manual**. Vienna: AIEA, 2006. Disponível em: https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/Pub1198_web.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY. **Nuclear Medicine Resources Manual 2020 Edition**. Viena: IAEA, 2020. (IAEA Human Health Series, 37), Disponível em: <https://www.iaea.org/publications/13391/nuclear-medicine-resources-manual-2020-edition>. Acesso em: 15 maio 2024.

PRONKO, Marcela Alejandra; STAUFFER, Anakeila B.; CORBO, Anamaria D. Formação de trabalhadores técnicos no Mercosul em perspectiva comparada. *Revista Latinoamericana de Educación Comparada*, Buenos Aires, ano 5, n. 5, p. 16-28, 2014.

PRONKO, Marcela Alejandra. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil contemporâneo: impasses e desafios. In: MARTINS, Fernanda; MUNCK, Sergio (org.). **Uma experiência de qualificação de trabalhadores do SUS: diagnóstico da gestão de documentos e informações em saúde no Piauí**. Rio de Janeiro, EPSJV, 2019. p. 27-38. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/livro_lires.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

ROBERTS, Edward; PASTOR, Bárbara. Bher-1. **Diccionario etimológico indoeuropeo de la lengua española**. Madrid: Alianza, 1996.

SHAPIN, Steven. El técnico invisible. *Mundo Científico*, v. 11, n. 113, p. 520-529. 1991.

VIOLA, E. Rochna; MUSSO, Arturo M.; KREMENCHUKY, Silvio. **Cente-llograma Esplénico: Estudios con eritrocitos marcados (Cr-51) y fragilizados por calentamiento**. Buenos Aires: CNEA, 1967. Disponível em: <https://nuclea.cnea.gob.ar/server/api/core/bitstreams/b3e98a9f-501d-4ce9-82af-8a51788239e1/content>. Acesso em: 16 maio. 2024.