

## Implementación de la Política de Salud Indígena: un análisis etnográfico de las prácticas asistenciales en el Alto Rio Solimões

Roberta Aguiar Cerri (<https://orcid.org/0000-0002-0337-4898>)<sup>1</sup>

Luiza Garnelo (<https://orcid.org/0000-0003-0263-7286>)<sup>1</sup>

**Resumen** Este estudio analiza la implementación de la política de salud indígena, centrándose en las prácticas asistenciales de los equipos de salud del Subsistema de Atención a la Salud Indígena en el Alto Rio Solimões, en la región amazónica. Utilizando la etnografía como recurso metodológico, se investigan las dinámicas entre participantes, discursos y poder en la ejecución de la política, revelando una compleja interconexión entre las prácticas y otras realidades contextuales. Tres fenómenos emergen como influencias críticas en las prácticas asistenciales: el modelo médico-asistencial, el modelo sanitarista y la cultura del desempeño. Los modelos médico-asistencial y sanitarista se perpetúan. La cultura del desempeño introduce un paradigma de control basado en indicadores cuantitativos y metas predefinidas, afectando la identidad profesional, las interacciones sociales y la eficacia de las acciones. A las márgenes de la institución, otras prácticas cotidianas son inducidas por necesidades temporales, sentimientos subjetivos y redes locales de poder, desafiando estructuras y convenciones sociales. La política de salud indígena ha sido reformulada por prácticas influenciadas por antiguas políticas, y remodelada por técnicas inducidas por la burocracia, distanciándose de su agenda ideológica.

**Palabras clave** Servicios de salud indígenas, Políticas, planificación y administración en salud, Modelos de asistencia a la salud

<sup>1</sup> Laboratório de Situação de Saúde e Gestão do Cuidado de Populações Indígenas e outros grupos vulneráveis (SAGESPI), Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz-AM. R. Teresina 476, Adrianópolis. 69057-070 Manaus AM Brasil. robertacerri@gmail.com

## Introducción

Después de 20 años desde la formulación de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI)<sup>1</sup>, estudios que abordan tangencialmente su implementación<sup>2-4</sup> indican que uno de sus efectos fue el aumento en la contratación de profesionales de salud para trabajar en áreas indígenas, lo que facilitó el acceso de la población indígena a los servicios de salud. No obstante, según indica un informe de la Contraloría General de la Unión (CGU)<sup>5</sup>, aunque el presupuesto del Subsistema de Atención a la Salud Indígena (SasiSUS) se destinó principalmente a la contratación de profesionales de salud, las acciones emprendidas por su órgano ejecutor, la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), no produjeron resultados tangibles sobre los beneficios de la implementación de la PNASPI, lo que indica posibles problemas en el modelo de gestión y atención del Subsistema.

La concepción de análisis de políticas públicas adoptada por órganos públicos como la CGU nos lleva a la perspectiva clásica de los ciclos de políticas<sup>6,7</sup>, caracterizada por el análisis secuencial de sus fases, como la formación de la agenda, formulación, implementación, evaluación y rescisión. Según la lógica del modelo, cada fase involucra procesos diferentes, así el período de formulación sería el resultado de la acción política o de la influencia de grupos de interés (*politics*), mientras que su implementación sería responsabilidad de la tecnocracia estatal (*policy*). Esta visión supone que la acción gubernamental está coordinada por especialistas y conocimientos tecnocráticos, que operan en una estructura jerárquica rígida, guiados por metas, valores y objetivos racionales.

Esta idea del ciclo de políticas ha sido criticada por sobrestimar el carácter estrictamente racional del proceso político y por descuidar el papel coercitivo de las instituciones y las estrategias individuales de los actores implicados en la formulación y aplicación de las políticas públicas<sup>8</sup>. El enfoque de Stephen Ball<sup>9,10</sup> rompe con la perspectiva funcionalista y propone un análisis interpretativo basado en las teorías del poder de Foucault y las nociones de campo de Bourdieu. Para el autor, la división entre formulación e implementación de políticas públicas refuerza una ideología ficticia que separa la política de la práctica, atribuyendo mayor importancia a la primera.

Ball subraya que las políticas no sólo se aplican, sino que también se reinterpretan, negocian y moldean mediante los procesos micropolíticos

de la institución y las acciones de los profesionales a nivel local. Su propuesta consiste en realizar un análisis interrelacionado y no lineal de los tres principales contextos que influyen en las políticas públicas: (1) el contexto de influencia, que se traduce en acción política y se atribuye generalmente al período de formulación de la agenda, pero que, según el autor, impregna toda la implementación; (2) el contexto de producción de textos, que representa la política en sí misma y utiliza un lenguaje de interés público más amplio, que puede entenderse a través de discursos y documentos institucionalizados; y (3) el contexto de la práctica, donde las políticas públicas son interpretadas y recreadas por los sujetos en interacción con las antiguas políticas establecidas.

De este modo, los ejecutores de las políticas moldean activamente su dirección. En este proceso, la política puede sufrir una reconfiguración que la aleje de su formulación original. Desde esta perspectiva, el objetivo de este estudio es comprender el proceso de implementación de la política de salud indígena en el Alto Rio Solimões mediante el análisis de las prácticas asistenciales de los equipos de salud. Al examinar las actividades fin en el SASISUS, podemos entender cómo las políticas son reinterpretadas, negociadas y moldeadas a nivel local. El estudio de caso ofrece una perspectiva a través de la cual podemos evaluar y reformular las políticas públicas de forma más informada y contextualizada.

## Métodos

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque etnográfico en los servicios de salud prestados por el Distrito Sanitario Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS), situado al oeste del estado de Amazonas, en la triple frontera entre Brasil, Colombia y Perú. El DSEI atiende a la mayor población indígena de la Amazonia, cuenta con una amplia plantilla de profesionales y sus servicios de salud se organizan en una rutina estructurada y continua en zona indígena.

Se trata de una investigación etnográfica guiada por el abordaje conceptual y metodológico de las etnografías en organizaciones explorado por Teixeira y Castilho<sup>11</sup>, que busca comprender los espacios organizacionales como productores de conocimiento, tomando como referencia los conceptos y valores vividos por los sujetos en la organización. Los momentos etnográficos pretenden captar el lenguaje de la organización a través de documentos (informes, formularios,

normas, etc.), entrevistas, conversaciones informales y observación participante.

El periodo de investigación duró 12 meses. El trabajo de campo se realizó en los sectores de gestión del DSEI y de asistencia en Polo Base (PB) seleccionado en el territorio, totalizando 3 meses de observación. Para preservar el anonimato de los participantes, se decidió no identificar específicamente el PB. La atención de salud en las aldeas es realizada por equipos denominados Equipos Multidisciplinares de Salud Indígena (EMSI) vinculados al PB e integrados por médicos (4), enfermeros (11), odontólogos (4), psicólogos (1), farmacéuticos (1), nutricionistas (1), técnicos de laboratorio (4), técnicos de enfermería (20), técnicos de salud bucal (2), auxiliares de salud bucal (2), agentes indígenas de salud (55) y agentes indígenas de saneamiento (4). El equipo de gestión del DSEI estaba formado por 14 profesionales de salud, la mayoría de los cuales (8) eran enfermeros.

Los datos se registraron en diarios de campo, fotos, vídeos y entrevistas con 25 profesionales del PB y 13 profesionales de la sede del DSEI. También se recogieron copias de los documentos utilizados diariamente para planificar y registrar la producción de los equipos. Los documentos fueron abordados considerando su producción, materialidad, efectos, significados<sup>12</sup> y enfatizando su capacidad de generar interpretaciones al ser apropiados por los demás actores que componen la red asociativa de la organización. Al tratarlos como sujetos mediadores de las relaciones sociales<sup>13</sup>, se ha evitado enmarcarlos únicamente como repositorios de datos objetivos.

Los resultados de la investigación permitieron realizar un análisis descriptivo y explicativo que estudió los modelos y estrategias que orientan las prácticas asistenciales dentro del DSEI. A continuación, realizamos un análisis interpretativo centrado en la relación entre la política de salud indígena en la práctica y la vida institucional cotidiana. En este abordaje, consideramos la organización como locus de cultura, es decir, como estructuras de significado socialmente establecidas<sup>14</sup>, incorporando al análisis las perspectivas de los participantes en relación a los fenómenos observados, teniendo en cuenta el contexto social, político, cultural e histórico que les da sentido.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética (CAAE 64583822.5.0000.5016).

## Resultados

### Equipo de salud y rutina laboral

La atención sanitaria en las aldeas es realizada por equipos multidisciplinares vinculados al PB y bajo la dirección de otros profesionales basados en la sede del DSEI. Los equipos están basados en la sede – principal punto de referencia del PB – o vinculados a las Unidades Básicas de Salud Indígena (UBSI) localizadas en microáreas que abarcan comunidades más alejadas de la sede y a lo largo de arroyos afluentes del río Solimões.

Los equipos se organizan en dos tipos principales: (1) profesionales con periodos definidos de estancia en la zona indígena y (2) profesionales indígenas que viven en aldeas pertenecientes al DSEI. Los del primer grupo trabajan por turnos con 30 días de estancia en la zona indígena, seguidos de 15 días de descanso. Los profesionales locales trabajan 8 horas diarios de lunes a viernes. En cada comunidad hay al menos un Agente Indígena de Salud (AIS) contratado. En las comunidades más grandes, estos profesionales son más de 20. Entre los profesionales contratados para prestar asistencia a la salud, predominan las enfermeras y los técnicos de enfermería. Durante la mayor parte del período de recolección de datos no hubo médicos contratados para prestar atención. Sin embargo, estos profesionales se reincorporaron al equipo al final de la investigación de campo.

El equipo de salud se organizó para prestar asistencia tanto dentro del centro como en visitas itinerantes a las aldeas de su territorio. Dentro de las unidades, la práctica centrada en los procedimientos guiaba la rutina del equipo. Se daba prioridad a la atención de urgencia, retratada en urgencias/emergencias, y a las consultas de demanda espontánea. La rutina también se organizaba en torno a acciones programáticas dirigidas a grupos específicos, especialmente la atención prenatal, la atención infantil y las vacunaciones.

Durante las visitas a los pueblos, los profesionales se improvisaron en escuelas o iglesias, atendiendo a la población cribada por el AIS. Las actividades eran similares a las del centro de salud, pero con menos insumos. Las charlas, consultas odontológicas y otras actividades de salud bucodental variaban según la microárea. Las visitas a domicilio, en cambio, eran menos frecuentes y se centraban en los recién nacidos, los ancianos o los casos graves identificados por el AIS.

Por la noche y los fines de semana, los equipos estaban de guardia para atender casos urgen-

tes/de emergencia y trabajaban introduciendo datos en el Sistema de Información de Atención a la Salud Indígena (SIASI) o rellenando hojas de cálculo de producción.

### Prácticas asistenciales

Las prácticas de salud en las unidades del PB se dividieron en acciones preventivas, como campañas y actividades programadas basadas en el conocimiento biomédico, y acciones de atención individual, incluyendo consultas clínicas predominantemente curativas, atención a la demanda espontánea, atención prenatal y atención al puerperio. Aunque estos tipos de atención se mezclan en el día a día, se distinguen eficazmente en las estrategias de registro adoptadas en el DSEI.

Las consultas de demanda espontánea eran consultas médicas o de enfermería destinadas a evaluar, diagnosticar y tratar las condiciones de salud de una persona indígena, según sus quejas, conocidas como “consultas de morbilidad”. La nomenclatura hace referencia a una razón práctica para organizar la rutina de trabajo: este tipo de consulta genera datos para llenar la “Ficha de Datos Generales de Casos Confirmados de Morbilidad”, cuyo contenido se ingresa al módulo de “morbilidad” del SIASI, del cual sería posible extraer información sobre el perfil de morbilidad de la población.

Además, las consultas prenatales y de puericultura o incluso las visitas domiciliarias de los equipos sanitarios también generaron registros en el formulario de morbilidad. En estos casos, los profesionales registraban la consulta como “Contacto con el servicio de salud” (capítulo XXI de la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE-10). Como tal, toda consulta podía registrarse en este formulario, razón por la cual los profesionales lo llevaban consigo en todo momento para no perder la oportunidad de registrarla.

Según los entrevistados, los registros eran utilizados para comprobar el desempeño del equipo – el número de consultas realizadas – y como información de apoyo en caso de que fueran llamados por otros órganos, como el Ministerio Público Federal. No llegaban a analizar sistemáticamente el perfil de morbilidad generado a partir de los registros y, en consecuencia, la información epidemiológica no era comúnmente considerada una fuente estratégica para la planificación de las actividades del PB. Esto no quiere decir, sin embargo, que este perfil fuera ignorado, ya que algunas actividades se guiaban por observaciones

personales y empíricas de las enfermedades y dolencias que afectaban a la población, y la sede del DSEI contaba con profesionales que analizaban los datos diariamente. Sin embargo, en el contexto de la prestación de servicios, los análisis consistían más bien en el seguimiento de la consecución de los objetivos de atención prestada.

Las acciones preventivas se denominan en los documentos institucionales “atendimientos de atención básica” o “acciones programáticas”. Entre ellas se encuentran: vacunaciones; actividades grupales materno-infantiles, que incluyen cuidados prenatales, puerperio, planificación familiar y control de la malnutrición y otras enfermedades; actividades de educación sanitaria en forma de conferencias, que se llevan a cabo en la unidad o en la comunidad; actividades de vigilancia sanitaria centradas en enfermedades y dolencias prioritarias como Infecciones de Transmisión Sexual, Tuberculosis, Malaria, Hipertensión, Diabetes, Cáncer de Cuello de Útero; actividades de salud bucodental; y, de forma muy limitada, algunas actividades de salud mental.

Pocos de los entrevistados conocían o habían leído el texto de la PNASPI y, para implementar los programas, la mayoría dijo que buscaba apoyo en fuentes como la Guía de Vigilancia Sanitaria y los Cuadernos de Atención Primaria publicados por el Ministerio de Salud. Sin embargo, mencionaron la falta de guías técnicas adecuadas al perfil epidemiológico y cultural de la población indígena que atendían. En este contexto, muchos se apoyaron en los conocimientos compartidos por colegas y en su propia experiencia.

Los entrevistados también dijeron que se guiaban por los objetivos fijados por el nivel central del SESAI y supervisados por los “referentes técnicos” (RT) del DSEI. La institución utiliza 37 fichas (término utilizado para referirse a los formularios del SasisUS) para registrar los datos en hojas de papel, que luego se transcriben para el SIASI o en hojas de cálculo de datos consolidados que se envían directamente a los RT. Los datos generados contienen información sobre consultas, procedimientos y actividades realizadas, lo que permite a la dirección del DSEI hacer un seguimiento de la producción de los profesionales sanitarios en las distintas áreas y programas, además de alimentar otros sistemas, como el Sistema de Gestión de Convenios y Contratos de Transferencia (SICONV), donde informan el número total de consultas realizadas por profesional y categorías.

Por ejemplo: si un anciano busca servicios de salud y es atendido en la unidad, además de

la historia clínica individual, correspondería al profesional registrar los datos de la consulta en la “Ficha de Morbilidad” y en el formulario correspondiente al grupo poblacional, en este caso, el formulario del “programa de salud del anciano”. Dado que muchos ancianos sufren violencia, trastornos mentales y enfermedades como tuberculosis, diabetes, hipertensión e ITS, se producen intersecciones o solapamientos entre los instrumentos de registro de los programas, lo que obliga a las enfermeras a rellenar varios formularios. Los profesionales afirmaron que era difícil conciliar la burocratización de las actividades con el día a día de los cuidados.

Para comprender mejor la dinámica de las acciones en este contexto, tomemos también como ejemplo las actividades realizadas por el PB en el marco del “Programa de Salud Infantil”. El programa tiene como objetivo reducir la mortalidad infantil debida a causas evitables, siendo la principal estrategia ofrecer acceso a consultas de puericultura (Crecimiento y Desarrollo - CyD) de acuerdo con las directrices del Manual de Salud Infantil. El Ministerio de Salud recomienda<sup>15</sup> 07 consultas antes del primer año de vida del niño en horarios que coincidan con la vacunación y las pruebas, aunque este número puede variar en función de la vulnerabilidad del niño.

En el DSEI, la meta fijada era alcanzar el 60% de los niños menores de 1 año con acceso a 7 consultas para 2023. El Referente Técnico (RT) del programa monitorea estos datos en el SIASI a través de un cuadro que muestra el avance del PB con relación a la meta. Según los registros del cuadro del SIASI, el DSEI no ha alcanzado la meta hasta el momento. En 2020 y 2021, el alcance fue del 40% y 44%, respectivamente, mientras que 2022 registró la mayor cobertura del período, con un 52%. Los profesionales de la asistencia fueron informados sobre el cumplimiento de la meta y luego buscaron crear estrategias, muchas de ellas individuales, para mejorar su desempeño. En los documentos consultados y en las entrevistas no se facilitaron criterios para fijar el objetivo.

Algunos profesionales dijeron que se sentían frustrados con las consultas de puericultura porque consideraban que las mujeres indígenas no eran capaces de apropiarse de las instrucciones que se les daban, por razones lingüísticas y otros factores que requerirían del profesional de enfermería un mayor contacto con las condiciones de vida de la familia. Sin embargo, dijeron que se enfrentaban a una importante carga de actividades de gestión que se solapaban con las actividades de asistencia, desviando la atención de los

problemas y retos inherentes a la realización de la acción en sí.

Dentro de la gestión del DSEI, los programas también relacionados con la salud infantil, como la vacunación y la vigilancia nutricional, eran gestionados por diferentes RT que los supervisaban independientemente de los demás programas. Sin embargo, aunque actuaba de forma aislada, el programa de vacunación tenía objetivos claros, criterios de metas bien definidos, protocolos de intervención, formación y recursos propios. La evaluación más precisa generaba retorno y los profesionales que trabajaron en él se sintieron más valorados.

### Prácticas al margen de la organización

En el proceso etnográfico, identificamos otras prácticas que toman forma dentro de la organización, pero que no están concebidas en documentos, directrices, procesos de trabajo o planificación oficial del DSEI. Entre estas prácticas, destacamos la planificación territorializada, las funciones del coordinador de PB y la atención de urgencias y emergencias.

Acompañando a una enfermera, observamos que su rutina difería de la de otros profesionales. A menudo realizaba visitas a domicilio y hacía varias paradas durante un viaje en barco. Las paradas tenían diversas finalidades, como el seguimiento de casos concretos, la comprobación de la salud de los recién nacidos, la realización de análisis de sangre o la conversación con el AIS. En una ocasión, viajó en barco para atender a un bebé con diarrea y posible desnutrición. Durante la visita, que duró casi una hora, la enfermera realizó un análisis clínico del niño, evaluó los cuidados prestados por la madre, recorrió la casa, interactuó con los residentes e identificó los factores agravantes. A continuación, proporcionó orientaciones, como el uso de suero y agua potable, en estrecha colaboración con la familia y con el AIS, adaptando los cuidados a las necesidades locales. Para registrar esta información, utilizaba notas personales en un cuaderno y, al regresar a la unidad, transcribía un resumen en la historia clínica del niño, abandonando en este punto las fichas de producción.

Esta experiencia difería de los enfoques de consulta individual que se llevaban a cabo a diario en los centros de salud. En una entrevista, la enfermera dijo que consideraba que su función era prestar atención básica a la comunidad y que, en su opinión, eso significaba vigilar de cerca a la población e intentar resolver los problemas antes de que empeoraran. Consideraba que estaba

desempeñando un buen papel, porque durante los dos años que llevaba trabajando en la zona, ningún niño había muerto o enfermado gravemente hasta el punto de tener que ser trasladado a la ciudad. Sin embargo, esto le exigía crear una rutina y un plan de acción específicos para cada comunidad, pero se trataba de su propia iniciativa y no de una directriz institucional.

Aunque la profesional mostrase dinamismo, compromiso con las necesidades de la población y autonomía en su trabajo, la estructura organizativa establecida en el lugar de trabajo, centrada en consultas de tipo queja-conducta y producción cuantificable, no favorecía la adopción de un estándar de atención dirigido a la identificación precoz y a la prevención de problemas de salud en individuos, familias y comunidades. De este modo, la identificación de los principales problemas de salud de la población dependía del compromiso personal de los profesionales y no de las expectativas establecidas por la organización.

La organización tampoco contempla la atención de urgencias y emergencias, que se produce con bastante frecuencia. Este tipo de atención es crucial en las zonas indígenas, donde la distancia hace que muchos pacientes en peligro de muerte no puedan ser trasladados fácilmente a hospitales o Unidades de Atención de Inmediatas (UAI). A pesar de que la unidad principal del PB dispone de una sala de guardia/emergencias 24 horas, esta actividad no estaba reconocida oficialmente como parte del proceso de trabajo de las unidades de atención primaria, ya que las normas del sistema sanitario asignan la atención de urgencias y emergencias a las UAI, que no están presentes en el DSEI.

Los profesionales, motivados por la responsabilidad moral hacia los pacientes y la persistencia de estos casos, asumen la tarea asistencial de emergencias, incluso sin delegación oficial ni recursos suficientes. Para ello, el equipo sigue un turno paralelo, equilibrando la rutina en la unidad y la atención de urgencia/emergencia que incluye el período nocturno. En consecuencia, incluso después de un turno de noche, el equipo sigue la rutina institucional al día siguiente. La mayoría de los entrevistados considera que la atención de urgencia/emergencia es la principal diferencia entre trabajar en una unidad de atención primaria en la ciudad y en una zona indígena, y por lo tanto cree que los que optan por trabajar en el DSEI deben tener alguna experiencia o formación en el manejo de estas situaciones.

Los profesionales también se organizaban solidariamente para comprar y preparar comidas

para los pacientes ingresados en la sala del PB y sus acompañantes. Además, la sede es el punto de partida y llegada de los usuarios de otras comunidades que tienen cita en el centro municipal. Como tales, pernoctaban en la sede y, en este caso, el equipo también se organizó para proporcionar comida y alojamiento a estos usuarios indígenas.

Aún en el ámbito no oficial, se observó que la coordinación de las actividades del PB era responsabilidad de un enfermero designado como coordinadora del PB, aunque este cargo no estaba incluido en el perfil de cargos y funciones del Plan de Trabajo de la organización asignada para la contratación de profesionales. El coordinador del PB es, por lo tanto, un enfermero contratado para prestar asistencia, pero designado por la administración del DSEI para desempeñar funciones de gestión.

Al estar más en contacto con los equipos de asistencia, los líderes y las demandas locales, el coordinador era el enlace entre el PB y la sede del DSEI. Las actividades que realizaba tenían una función operativa táctica destinada a cumplir las estrategias del DSEI, ya fueran oficiales, como garantizar el funcionamiento de la logística y la lista de turnos y recoger las fichas de producción del equipo; o no oficiales, como el trueque de los medicamentos necesarios para la atención urgente y de emergencia, ya que éstos no podían ser licitados por el SasiSUS. Esa habilidad del coordinador para obtener medicamentos esenciales para el PB le otorgaba distinción y poder sobre los demás<sup>16</sup>.

## Discusión

Identificamos la presencia de dos elementos clave que se configuran como matrices variables de las prácticas asistenciales: las prácticas formales y las prácticas informales. A continuación, se categorizaron sus componentes en tres ejes. En primer lugar, enumeramos las actividades que tienen lugar regularmente en el escenario de los servicios prestados por el equipo de salud local. A partir de este relevamiento, identificamos las técnicas, métodos y abordajes predominantes. Por tanto, con el fin de profundizar nuestra percepción, exploramos sus significados desde la perspectiva de los fenómenos, los mecanismos de acción y los elementos persistentes que moldean o caracterizan sus funciones prácticas y simbólicas<sup>16</sup> (Cuadro 1).

Utilizando el concepto de estructura y antiestructura de Victor Turner<sup>17</sup>, consideramos que

**Cuadro 1.** Componentes de las prácticas asistenciales.

<b>Prácticas Formales</b>		
<b>Actividades</b>	<b>Técnicas, métodos y abordajes predominantes</b>	<b>Fenómenos, mecanismos de actuación y elementos persistentes</b>
Consulta clínica de demanda espontánea (queja-conducta) - médica y odontológica	Gestión por metas de productividad Atención individual	Cultura del desempeño Modelo médico-asistencial
Consultas de prenatal y puericultura	Gestión por metas de productividad Atención individual Prácticas fragmentarias de la atención programática	Cultura del desempeño Modelo médico-asistencial
Otras acciones de Atención Básica: acciones de inmunización; acciones para el grupo materno-infantil - prenatal y puerperio; planificación familiar y control de desnutrición y otros daños; acciones de educación sanitaria en formato de charlas realizadas en la unidad o en la comunidad; acciones de vigilancia en salud enfocadas en algunas enfermedades y daños prioritarios, como infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, malaria, hipertensión, diabetes, cáncer de cuello uterino; acciones de salud bucal; y acciones de salud mental.	Gestión por metas de productividad Atención individual Campañas sanitarias Prácticas fragmentarias de la atención programática	Cultura del desempeño Modelo médico-asistencial Modelo sanitarista
<b>Prácticas Informales</b>		
<b>Actividades</b>	<b>Tecnologías y abordajes predominantes</b>	<b>Fenómenos, mecanismos de actuación y elementos persistentes</b>
Intercambio de medicamentos	Reuniones y encuentros con gestores municipales	Empoderamiento individual
Atenciones de urgencia y emergencia	Asistencia médica y hospitalaria	Responsabilidad moral por la acción, solidaridad entre profesionales y desafío a las normas existentes.
Hospitalización	Asistencia médica y hospitalaria	Solidaridad entre profesionales Modelo médico-hospitalario
Alimentación y alojamiento de pacientes	Acogida	Solidaridad entre profesionales
Planificación basada en las condiciones locales de salud	Atención programada	Compromiso personal
Atención local con escucha de los familiares	Acogida Estrategia de Salud de la Familia	Compromiso personal

Fuente: Autores.

las prácticas formales son los roles y acciones que refuerzan las normas, valores y jerarquías intrínsecas a la estructura organizativa. Las prácticas informales, en cambio, son momentos antiestructurales en los que las normas quedan en suspenso y los sujetos pueden explorar nuevas formas de identidad e interacción. En términos

de estructura organizativa, las prácticas asistenciales se rigen por tres fenómenos principales: el modelo médico-asistencial, el modelo sanitarista y la cultura del desempeño.

La lógica de organización de la atención a los usuarios en la unidad siguió principios similares a los observados en los establecimientos de aten-

ción primaria de los centros urbanos. La atención individual se centra en el modelo médico-asistencial, a pesar de la frecuente escasez de médicos en la región. La institución del modelo sigue teniendo una fuerte influencia política y cultural en el contexto de las prácticas asistenciales, poniendo de relieve el concepto de hegemonía de Gramsci<sup>18</sup>, en el que el grupo social subordinado adopta la visión del mundo del grupo dominante, aunque contradiga su actividad práctica.

El Movimiento de Reforma Sanitaria criticó el modelo médico-asistencial por no atender eficazmente las necesidades de salud de la población brasileña<sup>19,20</sup>. La agenda política que orientó la formulación de la PNASPI estuvo influenciada por esas críticas<sup>21,22</sup>, buscando superar el enfoque predominantemente curativo e individual del sistema de salud, priorizando la integración de servicios y el abordaje intercultural.

Sin embargo, la persistencia de las condiciones estructurales del modelo médico-asistencial, materializadas en consultas de tipo queja-conducta dentro de la institución, sigue siendo una de las mayores contradicciones a enfrentar. Además de dejar de lado y desconocer otras prácticas y saberes tradicionales<sup>23</sup>, la hegemonía de esta práctica termina limitando el alcance efectivo de la política y la posibilidad de atender realmente las necesidades y particularidades de las comunidades indígenas, ya que la atención clínica para el diagnóstico de enfermedades excluye consecuentemente a personas y grupos que no perciben la existencia de problemas de salud.

Las prácticas formales también se orientan por la lógica de la atención programática, actualmente practicada en la red de atención primaria no indígena<sup>24,25</sup>. Como tecnología de trabajo, la atención programática tiene el potencial de organizar la prestación de cuidados cuando se alinea con las prioridades epidemiológicas del territorio<sup>26</sup>. En cambio, cuando la práctica se orienta al cumplimiento de tareas mecánicas y a la cuantificación de la atención sin ningún uso práctico de la información así generada, como se describe en los resultados de este estudio, pierde su propósito original y puede resultar en un aumento de la demanda de atención de mediana y alta complejidad, sin que esto implique un aumento de la capacidad resolutoria de la atención primaria<sup>27</sup>.

Combinadas con la atención programática, las acciones preventivas en el SasiSUS continúan influenciadas por las antiguas políticas de salud. Aunque las campañas hayan dado paso a los programas, se ha mantenido la esencia del modelo sanitario que predominó en Brasil a principios

del siglo XX<sup>28</sup> y que también orientó las prácticas asistenciales en el contexto de la política indigenista anterior a la Nueva República<sup>29</sup>. Las acciones preventivas se centran en tecnologías específicas para diferentes agravamientos, patologías o grupos poblacionales, organizadas de forma vertical y centralizada; relegando a un segundo plano la consideración de los factores no biológicos que inciden en la salud, lo que emula el modelo sanitario predominante en períodos anteriores al SUS<sup>30</sup>.

La cultura del desempeño engloba la adopción de técnicas, métodos e instrumentos para controlar el rendimiento individual o colectivo, sustituyendo la formación de una identidad profesional basada en valores éticos y culturales por un enfoque centrado en los cálculos y la consecución de metas definidas externamente<sup>31</sup>. Esta cultura moldea las normas, los patrones de comportamiento y las interacciones sociales presentes en las actividades formales de la institución y está muy presente en el lenguaje de la organización. Este aspecto burocrático de la gestión institucional refuerza la influencia de la lógica mercantil en la política de salud, fenómeno también observado por Morosini *et al.*<sup>32</sup> en los documentos que orientan los cambios en la gestión de la atención primaria en el SUS.

El gerencialismo centrado en el desempeño distorsiona la finalidad de la propia práctica asistencial. Las consultas de puericultura, por ejemplo, deberían ofrecer la oportunidad de procedimientos y acciones que han demostrado ser eficaces para la salud de los niños<sup>33</sup>, uno de los cuales es la orientación preventiva, cuyos efectos están relacionados con la medida en que las familias hayan podido apropiarse de una información que tenga sentido para ellas<sup>34</sup>. En un contexto intercultural, mediado por las dificultades lingüísticas, la buena comunicación con las madres fue un reto expresado por los entrevistados, pero los profesionales carecían de estrategias para hacer frente a la situación. Aunque dudaban de su eficacia práctica, siguieron realizando las consultas de acuerdo con las exigencias de eficacia técnica de la organización.

El suceso relatado sobre la enfermera dedicada demuestra la resistencia tanto al modelo de gestión de las prácticas asistenciales como a los modelos hegemónicos de atención sanitaria. La profesional buscó ampliar el alcance de su trabajo y comprender mejor las condiciones de salud de las personas que atendía, prestando una atención más integral centrada en el trabajo vivo<sup>35</sup> y haciendo buen uso de tecnologías blandas como



la acogida y la escucha calificada. Su abordaje dialogaba con las buenas prácticas esperadas en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia<sup>26</sup> y con las directrices de la PNASPI, pero no tenía afinidad con los medios establecidos para la producción de las metas.

Otras prácticas informales como los atendimientos de urgencia y de emergencia y las actividades que se derivan de ellas – alimentación y alojamiento de pacientes, hospitalización y necesidad de medicamentos que no figuran en la lista enviada por el DSEI – carecen de normas, directrices y definiciones organizativas claras; no obstante, empoderan y comprometen personalmente a los individuos implicados. La responsabilidad moral de los profesionales ante un hecho grave les hace experimentar formas de interacción y solidaridad que contrastan con el instrumentalismo desvinculado<sup>31</sup> de la cultura del desempeño. Sin embargo, al operar en el silencio institucional, estas acciones se producen de forma improvisada, no regulada y sobrecargan el trabajo de los profesionales.

## Conclusión

A la luz del abordaje de Ball<sup>9,10</sup> sobre el ciclo de las políticas, esta investigación ha reforzado la comprensión de que existe una notable distancia entre la agenda ideológica que impulsa la formulación de una política pública y los procesos de influencia y producción de textos a nivel estatal. En el proceso de implementación, sólo algunas influencias y agendas ganan legitimidad, y sólo algunas voces son escuchadas, todo dependiendo de las fuerzas políticas que ejercen influencia en el contexto de la práctica. La PNASPI fue formulada en un ambiente que aspiraba a la transformación, influenciado por las ideas que orientaron la Reforma Sanitaria. El texto que se materializa en el DSEI no surge de la nada; lleva consigo una historia y, del mismo modo, no se introduce en un vacío social e institucional. El texto de la PNASPI, sus lectores (los profesionales que aplican la política) y el contexto de su aplicación (la organización o el DSEI) tienen historias propias que pueden converger o divergir en función de la habilidad política de sus intérpretes clave (los gestores).

La conducción y la rutina de las prácticas asistenciales expresan el proceso de implementación de la política de salud indígena en un DSEI. En el contexto analizado, la presencia de tres

fenómenos – el modelo médico-asistencial, el modelo sanitarista y la cultura del desempeño – emergen como influencias críticas. Los modelos médico-asistencial y sanitarista persisten, a pesar de las características sociales, geográficas y culturales inherentes al contexto indígena, revelando su fuerza hegemónica poco alterada por los ejecutores de la política.

La cultura del desempeño, por su parte, fue el fenómeno más reciente que se institucionalizó durante el proceso e introdujo un paradigma de control basado en indicadores cuantitativos y metas predefinidas, que afecta a la identidad profesional y a las interacciones sociales. Sin embargo, este enfoque instrumentalizado, recurrente en los textos institucionales, desvía la atención de las dinámicas y necesidades sanitarias locales y facilita la perpetuación de modelos de asistencia sanitaria que han sido criticados durante mucho tiempo. También revela el poder coercitivo de la política gerencialista dentro de las organizaciones estatales.

No obstante, al margen de esta cultura, surgen otras prácticas inducidas por necesidades temporales, sentimientos subjetivos y redes de poder locales que desafían la estructura formal, pero que operan al margen de las normas y de forma improvisada. A partir de esta experiencia en la liminalidad de la estructura organizativa, los sujetos exploran otras formas de interactuar con la realidad contextual, a pesar de las expectativas institucionales.

Los resultados de este estudio cuestionan la visión lineal según la cual las políticas públicas son simplemente aplicadas por los tecnócratas del Estado una vez formuladas. Por el contrario, se reformulan en la práctica, lo que significa que están influidas por las antiguas políticas y remodeladas por las técnicas inducidas por la burocracia. A partir de esta comprensión de la realidad contextual, apostando en la etnografía como enfoque metodológico y teórico, parece posible cuestionar las convenciones sociales establecidas y proyectar posibilidades de cambio.

Es pertinente enfatizar la necesidad de futuras investigaciones que exploren modelos gerenciales y de gestión dentro del SasiSUS. La complejidad y la dinámica de la salud indígena requieren estrategias adaptativas, integradas y eficaces para optimizar los resultados y la calidad de la atención a los usuarios indígenas. Por ello, alentamos el desarrollo de estudios que evalúen, comparen y propongan un análisis avanzado de las prácticas de gestión implementadas en el SasiSUS.

## Colaboradores

Las autoras desarrollaron el estudio conjuntamente, contribuyendo a partes iguales a la discusión de los resultados. El manuscrito fue conducido por RA Cerri, mientras que L Garnelo contribuyó en la revisión del contenido y en la redacción de la versión final del manuscrito.

## Agradecimientos

Al Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam), a la Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) y al Ministério da Saúde (MS) por el apoyo a esta investigación.

## Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2022. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União* 2002; 31 jan.
2. Mendonça SBM, Rodrigues D, Pereira PPG. Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu. *Cad Saude Publica* 2019; 35(Supl. 3):e00008119.
3. Rocha ESC, Toledo NDN, Pina RMP, Fausto MCR, D'Viana AL, Lacerda RA. Atributos da Atenção Primária à Saúde no contexto da saúde indígena. *Rev Bras Enferm* 2020; 73(5):e20190641.
4. Rocha ESC, Pina RMP, Parente RCP, Garnelo L, Lacerda RA. Longitudinalidade e orientação comunitária na organização da Atenção Primária à Saúde em contexto indígena. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(1):e20190872.
5. Controladoria-Geral da União (CGU). *Relatório de Avaliação. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Exercício 2019* [Internet]. 2020 [acessado 2023 mar 15]. Disponível em: <https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/892985>.
6. Kingdon J. *Agendas, Alternatives and Public Choices*. Boston: Little Brown; 1984.
7. Howlett M, Ramesh M. *Studying Public Policy*. Canadá: Oxford University Press; 1995.
8. Saetren H. Facts and myths about research on public policy implementation: Out-of-Fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant. *Policy Stud J* 2005; 33(4):559-582.
9. Ball S, Bowe R. *Reforming education and changing schools: Case studies in policy sociology*. London: Routledge; 1992.
10. Ball S. *Education reform: a critical and post structural approach*. Open University Press; 1994.
11. Teixeira CC, Castilho S. *Ipea: etnografia de uma Insituição: entre pessoas e documentos*. Rio de Janeiro: ABA Publicações; 2020.
12. Riles A. *Documents: artifacts of modern knowledge*. Michigan: University of Michigan Press; 2006.
13. Latour B. *Reagregando o Social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador: Edufba; 2012.
14. Geertz C. *A Interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: MS; 2012.
16. Bourdieu P. *A distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Zouk; 2011 [1979].
17. Turner V. *O processo ritual: estrutura e anti-estrutura*. Petrópolis: Editora Vozes; 1974.
18. Alves ARC. O conceito de hegemonia: de Gramsci a Laclau e Mouffe. *Lua Nova* 2010; 80:71-96.
19. Paim J. *O que é o SUS*. SciELO-Editora FIOCRUZ; 2009.
20. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Unesp; 2003.
21. Pontes ALM. Debates e Embates entre Reforma Sanitária e Indigenismo na Criação do Subsistema de Saúde Indígena e do Modelo de Distritalização. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV. *Políticas antes da política de saúde indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.

22. Garnelo L. O SUS e a saúde indígena: matrizes políticas e institucionais do subsistema de saúde indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L, organizadores. *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
23. Garnelo L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo L, Pontes ALM, organizadoras. *Saúde Indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: MEC-SECADI; 2012.
24. Garnelo L, Lucas ACDS, Parente RCP, Rocha ESC, Gonçalves MJF. Organização do cuidado às condições crônicas por equipes de Saúde da Família na Amazônia. *Saude Debate* 2014; 38:158-172.
25. Amorim ACCL, Assis, MMA, Santos AMD, Jorge MSB, Servo MLS. Práticas da equipe de saúde da família: orientadoras do acesso aos serviços de saúde? *Texto Contexto Enferm* 2014; 23:1077-1086.
26. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHMD, Senna MDLM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21:164-176.
27. Teixeira CF, Solla JP. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006.
28. Hochman G. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2012.
29. Selau MG. A política indigenista governamental: aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras (1967 a 1988). In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV. *Políticas antes da política de saúde indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
30. Carvalho GA. Inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):435-444.
31. Ball S. Profissionalismo, gerencialismo e performatividade. *Cad Pesqui* 2005; 35(126):539-564.
32. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWDF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36:e00040220.
33. Blank D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *J Ped* 2003; 79(Supl. 1):S13-S22.
34. Mello DFD, Furtado MCDC, Fonseca LMM, Pina JC. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(4):675-679.
35. Merhy EE, Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Centro Bras Estud Saude* 2003; 27(65):316-323.

---

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 15/05/2024

---

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva