
Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil

M.H. Machado¹ / S. Pereira²

¹Socióloga, doctora en sociología, investigadora titular de la Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ. Brasil.

²Socióloga, Programa de Maestría y Doctorado de la Escola Nacional de Saúde Pública. Brasil.

Correspondencia: Maria Helena Machado. Escola Nacional de Saúde Pública.
Correo electrónico: machado@ensp.fiocruz.br

Recibido: 7 de julio de 2000.
Aceptado: 15 de noviembre de 2000.

(Human resources and the health system in Brazil)

Resumen

El presente artículo examina algunas cuestiones relacionadas con los recursos humanos que actúan en el sistema de salud brasileño. Identifica, inicialmente, cuestiones de recursos humanos que se expresan como tendencia en el sector salud en los últimos años. A continuación, se hace un breve comentario sobre la reforma del sistema de salud, apuntando cambios en el diseño del modelo de salud por medio de la implementación del Programa de Salud de la Familia, que busca reorientar el modelo asistencial a partir de la atención básica, en sustitución del modelo tradicional de asistencia dirigido hacia la cura de enfermedades y el hospital. Señala cambios importantes en las condiciones de trabajo de médicos, odontólogos, etc., tales como bajos salarios, pluriempleo, consultas pagadas por seguro-salud, flexibilización de los contratos de trabajo o pérdida de las garantías laborales. Por último, identifica problemas serios con relación a este Programa de Salud de la Familia, especialmente los que se refieren a la inestabilidad del proceso de trabajo y a la disminución de la protección social de los trabajadores que actúan en el programa.

Palabras clave: Recursos humanos. Reforma. Sistema de salud. Condiciones de trabajo.

Abstract

This article discusses some questions related to human resources that act on Brazilian health system. At the beginning, it identifies the trends on health human resources in the last years. Then it shows on a brief discussion the health system reform, pointing out changes in the health model design through the implementation of the Family Health Program. This program tries to reorder the health care model, bringing the primary health care, in order to substitute the traditional model, designed to the cure of diseases and centered on hospitals. It also points out important changes on work conditions, such as: doctors' and dentists' no liberal work, low salaries, consultations paid by the HMO's, flexibilization of work, loss of work guarantees. Finally, it identifies serious problems in the Family Health Program, especially those related to the instability of work process and decreasing of social protection of workers who act on this program.

Key words: Human resources. Reform. Health care system. Working conditions.

Introducción

El presente artículo tiene el objetivo de presentar y analizar la administración de los recursos humanos en el sistema de salud brasileño dentro del contexto de reformas político-administrativas.

Actualmente hay en Brasil más de 1.500.000 personas que trabajan en el área de salud, y más de la mitad de ellas son profesionales que trabajan directamente en la parte asistencial.

En ese conjunto de reformas político-administrativas llaman la atención algunos puntos relativos a la ad-

ministración de recursos humanos en el área de salud. En primer lugar, Brasil es un país con dimensiones continentales, constituido por 27 estados, distribuidos en 5 regiones geográficas que presentan características muy diferentes. Mientras que más del 70% de los profesionales que trabajan en el área de salud se encuentran en las regiones del sur y del sudeste, por ejemplo, en las regiones del norte y del nordeste son varios los municipios que no cuentan con médico alguno para proporcionar asistencia a la población.

En segundo lugar, hay una concentración de profesionales cualificados (médicos y enfermeros) en los centros urbanos. «Un 65,9% de los médicos trabaja en

las grandes ciudades brasileñas, en especial en aquellas más desarrolladas desde el punto de vista socio-económico, lo que confirma la concentración desigual de los recursos humanos en lo que se refiere a salud. La relación médico/1.000 habitantes existente en Brasil pone en evidencia esa situación: 3,28 médicos/1.000 habitantes para las capitales y 0,53 médicos/1.000 habitantes para el interior.»¹

En tercer lugar, el sistema de salud brasileño pasa por un proceso de transformación profundo, a través del cual se busca la descentralización de la asistencia médica, afirmando el nivel de la gestión municipal como ejecutor de la propuesta y asegurando la inversión en la organización de los servicios de salud con base en la realidad local. Todo ello con el fin de garantizar que todos tengan acceso a las actividades y servicios de salud, a la equidad y la integración. A finales de la década de los ochenta se inicia el proceso de transferencia de las unidades federales y estatales de salud a los municipios. El proceso de municipalización del sistema de salud es una realidad en el país. «Con el proceso de municipalización, los empleos en la esfera federal, que hasta la década de los ochenta se habían mantenido destacados, han ido perdiendo importancia en el mercado de trabajo a lo largo de estos últimos años.»¹

En cuarto lugar, respecto a la formación profesional, algunos puntos merecen resaltarse:

1. En la década de los ochenta hubo un incremento del número de escuelas del área de salud, especialmente medicina, enfermería y odontología. «En la década de los ochenta, Brasil contaba con 66 facultades de medicina, que formaban a alrededor de 7.500-8.000 nuevos médicos. En el período de 1955 a 1990, en Brasil se graduaron 156.212 profesionales, lo que equivale a más de dos tercios del total de médicos actualmente en el mercado de trabajo.»²

2. Incremento exponencial en la formación de nuevos profesionales a partir de la década de los ochenta. En ese proceso se considera la posibilidad de inclusión del examen de certificación de médicos, enfermeros, odontólogos y farmacéuticos que posibilite su entrada en el mercado de trabajo.

3. Disminución de la calidad en la formación profesional en muchas de esas nuevas escuelas.

En quinto lugar, la feminización de la fuerza de trabajo. Ha aumentado rápidamente el número de mujeres con profesiones tradicionalmente masculinas, caso de medicina y odontología.

Por último, la disminución de oportunidades (demanda) en el mercado de trabajo, especialmente el trabajo formal que ofrece seguridad y garantías al trabajador. Éstas son, ciertamente, cuestiones de extrema importancia y que han afectado de un modo directo a la nueva configuración del mercado de prestación de servicios de salud, ya sea en la esfera pública o en la privada.

Proceso de Reforma del Sistema de Salud en Brasil (breves comentarios de su evolución y desarrollo histórico)

En los últimos años, casi todos los países desarrollados o en vías de desarrollo han pasado por procesos de ajuste de los mecanismos relacionados con la producción y otras funciones de los servicios de salud, que se han denominado «reformas de los sistemas de salud». Sin embargo, de acuerdo con el país que se analice, tales procesos han tomado rumbos y obtenido resultados diferentes. No obstante, uno de los puntos congruente en esos proyectos de reforma es la necesidad de redefinir el papel de los profesionales de salud, considerando que la fuerza del mercado tendrá un papel predominante.

En América Latina la reforma se caracteriza, en general, por ser un proceso donde, a partir de los años ochenta, la participación del Estado como financiador y comprador cada vez se halla más ausente. La crisis de la deuda externa ha llevado a esta situación, debido especialmente a la presión de las agencias financieras internacionales para estimular el intercambio de bienes y servicios por encima de las normas de mercado.

Fundamentalmente, la reforma del sistema de salud se ha caracterizado (entre 1988 y 1994) por la crisis en los servicios públicos, los cambios en la financiación de la red hospitalaria estatal y el nacimiento de nuevas formas de relaciones de trabajo, introduciendo la forma de pago por producción de servicios. Los avances en la reforma apuntan hacia la expansión de la financiación privada, la disminución de las inversiones públicas en salud, la proliferación de nuevas formas de prestación de servicios, especialmente la tercerización y la formación de cooperativas siguiendo los patrones brasileños.

El sector salud en Brasil se halla estructurado en una red de casi 50.000 establecimientos de salud con más de 500.000 camas y absorbe alrededor de 2 millones de trabajadores. De éstos, más de un millón son profesionales que proporcionan asistencia médica: médicos, odontólogos, enfermeros, farmacéuticos, auxiliares y técnicos en enfermería, laboratorio y rayos X, entre otros¹.

A pesar de los ajustes gubernamentales para reducir gastos, incluidos los relacionados con la salud, la expansión de los empleos públicos observada en la tabla 1 se atribuye en gran parte al proceso de municipalización que se está llevando a cabo, que implicó el desplazamiento de los empleos hacia la esfera municipal. Sin embargo, esta expansión no significó que hubiese efectivamente un crecimiento del empleo formal, dejando espacio para la flexibilización, o sea, empleos con pérdida de las garantías laborales.

Tabla 1. Empleos en el área de salud por año de acuerdo con categorías profesionales (Brasil, 1980/1992)

Categoría profesional	Empleos públicos			Empleos privados		
	1980	1992	$\Delta\%$ (1980-1992)	1980	1992	$\Delta\%$ (1980-1992)
Médico	67.889	148.035	6,2	78.202	159.917	5,7
Odontólogo	10.829	28.449	7,7	5.867	13.060	6,3
Enfermero	9.409	27.081	8,5	5.749	14.420	7,3
Farmacéutico	2.238	3.973	4,5	2.392	2.935	1,6
Nutricionista	1.028	3.022	8,6	902	1.899	5,9
Psicólogo	617	4.990	17,4	937	3.300	10,2
Asistente social	2.839	8.121	8,4	1.546	2.156	2,6
Otros de nivel superior	3.530	10.701	10,1	3.378	19.244	14,4
Técnico de laboratorio	5.618	11.671	5,8	3.840	10.450	8,0
Técnico en rayos X	3.601	6.861	5,1	4.665	9.464	5,6
Técnico de enfermería/auxiliar	36.031	119.963	9,7	35.449	92.708	7,7
Otros técnicos/auxiliares	12.982	33.771	7,6	9.315	25.331	8,0
Ayudante	65.625	63.254	-0,3	11.126	79.102	-2,6
Partera	1.387	2.501	4,6	3.687	2.759	-2,2
Otros de nivel elemental	42.333	65.295	3,4	40.478	59.935	3,1
TOTAL	265.956	537.688	5,6	307.673	496.680	3,8

Tomada de Machado MH (coordinador). «Los médicos en Brasil», un retrato de la realidad. FIOCRUZ, 1999; 89.

En otras categorías se incluyen: de nivel superior: fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, bioquímica e ingeniería; de nivel técnico: higiene dental, rehabilitación, hematología y manutención, y de nivel auxiliar: laboratorio y rehabilitación.

Perspectiva de la función de los recursos humanos

El sistema de salud brasileño se reestructuró considerando dos estructuras cruciales. La primera se refiere al trabajo médico asalariado, ya sea en la esfera pública o en la privada; o sea, que la reforma prevé el pago de salario por el trabajo médico, ratificando de esa manera la atención, la asistencia y la producción de servicios en el sector salud. El segundo cambio estructural se refiere a la «desmonopolización» del trabajo médico, afirmando así el trabajo en equipo. En gran parte, la asistencia médica en Brasil prevé el trabajo multi-profesional. El nuevo Programa Médico de Familia refleja esta orientación político-institucional del nuevo sistema de salud.

Por ejemplo, la incorporación definitiva del trabajo asalariado de los médicos en el sistema de salud prevé la vinculación del pago de la actividad profesional a las estructuras formales de salario. No obstante, los valores pagados a través de estos procedimientos han revelado una evidente pérdida de prestigio de los médicos en este contexto. Por otro lado, el sistema privado no ha sido diferente: bajos salarios y subordinación gerencial son situaciones que experimentan la mayoría de los médicos brasileños.

Otro punto fundamental del nuevo orden administrativo vinculado a la reforma del sistema de salud son

los recientes y decisivos cambios en las estructuras y en el funcionamiento del ingreso de los profesionales en el mercado de trabajo. La fuerte presencia del Estado y la incorporación de servicios profesionales (médicos, en especial) ha provocado alteraciones cruciales en el control de la oferta y la demanda de mano de obra cualificada. El control burocrático gerencial implantado en las organizaciones del área de salud (públicas o privadas) se ha señalado como una indicación de los nuevos tiempos de las formas de reglamentación del trabajo profesional.

Análisis y evaluación comparada del proceso de recursos humanos

En estas dos últimas décadas, los trabajadores del área de salud en Brasil han experimentado cambios importantes en las condiciones de trabajo de médicos, odontólogos, etc. Bajos salarios, pluriempleo, pago de consultas médicas a través del seguro de salud, flexibilización de los contratos de trabajo y pérdida de las garantías laborales son algunos ejemplos de estos cambios.

En el proceso de reforma que se está llevando a cabo en Brasil, especialmente la reforma del sistema de salud, se están realizando ajustes en la forma y en la estructura de la asistencia a la salud, modificando radicalmente

la modalidad asistencial. El Programa de Salud de la Familia (PSF), recién implantado en el país, tiene como objetivo reorientar el modelo asistencial a partir de la atención básica, sustituyendo el modelo tradicional de asistencia dirigido hacia la cura de enfermedades y al hospital. Dentro de esta estrategia, las unidades básicas de salud de la familia se caracterizan como la «puerta de entrada»³ del usuario al sistema de salud y deben destinarse a un determinado grupo poblacional que vive o trabaja en su área geográfica. Estas unidades básicas deben estar vinculadas a la red de servicios de mayor complejidad, garantizando a individuos y familias una atención integral. Este tipo de asistencia precisa del apoyo de servicios ambulatorios especializados e infraestructura de laboratorios para la solución de situaciones o problemas identificados en la atención básica.

El trabajo lo desarrollan equipos multiprofesionales⁴. En mayo de 1999 había 3.147 equipos de trabajo en salud familiar en el país. De los equipos activos, un 7,5% correspondía a la región norte, el 45% a la nordeste, un 2,8% a la centro-oeste, el 33% a la sudeste y un 11% al sur del país. Su área de actuación total era de aproximadamente 10 millones de habitantes. El Ministerio de Salud tiene como meta implantar 20.000 equipos de salud de la familia hasta el año 2002, lo que representará la asistencia a aproximadamente 80 millones de personas. Se ha constatado que el programa se ha expandido de forma focalizada, en la medida en que para su implantación se seleccionan áreas y poblaciones de riesgo en los municipios.

La crítica principal a esta propuesta reside en la creencia de que se trata de un programa verticalizado del Gobierno Federal, y esto se refleja en la tendencia a proponer organizar el servicio de salud, pretendiendo modificar diferentes realidades nacionales, con la hegemonización de la metodología del PSF como único modo de organizar la atención básica del sector salud. Muchas veces la implantación del PSF en los municipios apenas ha incidido en su expansión, sin que haya cambios efectivos en el proceso de organización del trabajo en el área de salud y, consecuentemente, en la relación entre servicios y población.

La reforma del sistema de salud realizada recientemente reforzó y aceleró este proceso, produciendo una inestabilidad generalizada del trabajo.

Por ejemplo, una investigación realizada por Machado et al (2000)⁵ sobre el perfil de los médicos y enfermeros del PSF, en la cual se entrevistó a 3.131 profesionales (1.480 médicos y 1.651 enfermeros), revela que un 45,8% de los médicos y el 43,7% de los enfermeros ingresan en el Programa Médico de la Familia por medio de contratos temporales, y eso sucede en todo el país. Si comparamos esta información entre las regiones, se observa que hay ausencia de «padronización» en la forma de contratación de los profesionales. Con ex-

cepción de las regiones sur (en la cual un 41,7% de los médicos y el 44,7% de los enfermeros son contratados por el Estatuto del Empleado Público) y centro-oeste (en la cual alrededor del 50% de los médicos y de los enfermeros son contratados por el régimen celetista [CLT]), en las otras regiones predomina la inestabilidad de los vínculos laborales. En el norte, más de un 67% de los médicos y más del 53% de los enfermeros son contratados de forma temporal (tablas 2 y 3).

Sumando los contratos temporales y las demás formas precarias de incorporación al trabajo (por cooperativa y cargo en comisión), se observa que en Brasil un 61,69% de los médicos y el 63,93% de los enfermeros en el PSF no tienen garantías jurídicas de derechos laborales.

De acuerdo con Andrade⁴, el fenómeno de la flexibilización de las relaciones de trabajo verificadas en el Programa, unido a la gran oferta de cargos vacantes para los médicos en otros municipios, muchas veces con mejores salarios, además de la búsqueda constante por parte de esos profesionales de mejores condiciones de trabajo y de calidad de vida, tienen como consecuencia que aquéllos se trasladen frecuentemente. Esta situación compromete la continuidad del Programa y, principalmente, la relación con la comunidad en lo que se refiere, por ejemplo, a su credibilidad y a la de la Secretaría Municipal de Salud que lo adopta.

En esta investigación, la preocupación de los médicos y enfermeros en relación a la modalidad de su contrato de trabajo aparece en la pregunta sobre des-

Tabla 2. Perfil de los médicos del Programa de Salud de la Familia en Brasil durante 1999 (n = 1.480)

Variables	Descripción	(%)
Residencia	Región norte	5,6
	Región nordeste	41,7
	Región sudeste	38,4
	Región sur	10,7
	Región centro-oeste	3,7
Sexo	Varones	56,0
	Mujeres	44,0
Residencia médica	Sí	37,4
	Pediatría	20,5
	Medicina general comunitaria	14,9
	Ginecología	14,2
Curso de especialización	Sí	39,5
	Medicina del trabajo	18,1
	Medicina sanitaria	10,8
	Salud de la familia	9,4
Tiempo de actuación en el PSF	Menos de un año	42,6
Modalidad de contratación en el PSF	Contrato temporal	40,5
	CLT	14,6
	Sí	67,9
Actividad profesional desgastante	Sí	67,9

Tomada de: Estudio «Perfil de los médicos y enfermeros del Programa de Salud de la Familia en Brasil». FIOCRUZ/DAB-MS.

Tabla 3. Perfil de los enfermeros del Programa de Salud de la Familia en Brasil durante 1999 (n = 1.651)

Variabes	Descripción	(%)
Residencia	Región norte	6,5
	Región nordeste	45,3
	Región sudeste	30,2
	Región sur	13,1
	Región centro-oeste	5,0
Sexo	Varones	9,1
	Mujeres	90,9
Capacitación	Sí	37,1
	Enfermería en salud pública	39,5
	Enfermería en obstetricia	15,0
	Enfermería médico-quirúrgica	11,8
Tiempo de actuación en el PSF	Menos de un año	44,0
Modalidad de contratación en el PSF	Contrato temporal	38,9
	Estatuto de Empleado Público	18,4
Actividad profesional desgastante	Sí	58,9

Tomado de: Estudio «Perfil de los médicos y enfermeros del Programa de Salud de la Familia en Brasil». FIOCRUZ/DAB-MS.

gaste profesional en el trabajo. El vínculo precario fue uno de los motivos alegados por médicos y enfermeros como generadores de desgaste profesional. El exceso de trabajo (muchas veces causado por el número excesivo de familias de las cuales son responsables), y la falta de recursos humanos, materiales y medicamentos; la dificultad de acceso a las áreas de trabajo; la baja remuneración, y la deficiencia en el sistema de referencia y contra referencia, también se han señalado como las causas principales de desgaste en el ejercicio profesional.

Conclusiones

La reforma del Estado en el sector salud de Brasil ha originado efectos importantes en la configuración y reestructuración del propio sistema, creando situaciones que se configuran como una pérdida considerable de poder del Estado en la producción y realización de

asistencia a la población brasileña. Por otro lado, el Estado ha intentado rediseñar la propia estructura hospitalaria y asistencial de atención a la población, a través de la implantación del PSF. Este es un punto positivo de la reforma del sistema de salud brasileño, que procura atender a los usuarios de una forma más integral y resolutive. Sin embargo, como señalamos en este trabajo, hay problemas serios en relación a este PSF, especialmente en lo que se refiere a la inestabilidad del proceso de trabajo; a la disminución de la protección de los derechos laborales de los profesionales que trabajan en el programa, y a la poca infraestructura ofrecida a los profesionales, que ponen en riesgo el propio programa.

Finalmente, ponemos en duda que exista la posibilidad real de que se sustituya equivocadamente una asistencia compleja por una simplificada, buscando resultados que satisfagan las exigencias internacionales. El nuevo documento del Banco Mundial, publicado en un periódico brasileño (*Folha de São Paulo*, 6/6/00) nos lleva a creer que eso pueda ocurrir. Algunos puntos importantes del estudio del Banco Mundial (David Dollar & Aart Kraay. Growth is good for poor. Banco Mundial, 2000) resaltan que:

En primer lugar, lo que es bueno para el crecimiento y la reducción de la pobreza son el ajuste fiscal, la disminución de la inflación y la apertura comercial.

En segundo lugar, lo que no tiene influencia sobre el crecimiento y el combate contra la pobreza son la democracia, los gastos en la educación, los gastos sociales y la liberación de los flujos de capitales.

Por otro lado, en el mercado de trabajo han ocurrido algunos cambios en las reglas del juego; se está cuestionando la forma de regular el mercado, no solamente en la estructuración de los modelos de intervención tradicionales, sino también en la planificación, en la gestión y en la formación de estos profesionales.

Se verifica también cada vez más que hay una visión instrumental y pragmática sobre los recursos humanos en general, dejando de lado la tan tradicional y necesaria humanización de aquellos que producen salud. Unido a esto, se ha registrado un déficit de informaciones y pocos análisis para poder definir las políticas de los recursos humanos.

Bibliografía

- Machado MH (coordinador). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- Machado MH. Os médicos e a sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, 1996.
- Ministério da Saúde, Brasil. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, 1998.
- Andrade FMO. O Programa de Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda., 1998.
- Machado MH (coordinador). O perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Médico de Família, relatório final. Brasília: ENSP-FIOCRUZ/DAB-MS, 2000.