

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI

Jairnilson Silva Paim



Colección Cuadernos del ISCo

Títulos publicados

(Para acceder a los libros, pulsar en el título)

Serie Salud Colectiva

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX

Lilía Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones

Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica

Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias

Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (compiladoras), 2020

Pensar en salud

Matio Testa, 2020

Adiós, señor presidente

Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida

Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Serie Clásicos

Política sanitaria argentina

Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores

Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo

Josué de Castro, 2019

La salud mental en China

Gregorio Bermann, 2020

Serie Didáctica

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología

Marcelo Luis Urquía, 2019

Serie Informes Técnicos

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio

Penitenciario Bonaerense, 2013-2014

Instituto de Salud Colectiva, 2020

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI

Jairnilson Silva Paim



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Paim, Jairnilson Silva

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI / Jairnilson Silva Paim. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Salud Colectiva ; 15)

Archivo Digital: descarga y online

Traducción de: Viviana Martinovich.

ISBN 978-987-4937-81-0

1. Sistemas de Salud. 2. Atención a la Salud. 3. Ideologías Políticas. I. Martinovich, Viviana, trad. II. Título.

CDD 362.0425

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki, Ignacio Yannone*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki*

Fotografía de tapa: *Martin Fuhrmann, Pixabay*

Corrección de estilo: *Laura Gabriela Goldar*

Diagramación: *Martina Florio*

Título original: *Desafios da saúde coletiva no século XXI*

Primera edición en portugués: 2006

Agradecemos a la Editora da Universidade Federal da Bahia (EDUFBA), por la autorización para la publicación de este texto en español.

Traducción del portugués: *Viviana Martinovich*

© 2021, Jairnilson Silva Paim

© 2021, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-81-0

DOI 10.18294/9789874937810

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727. edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Wertheim"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958. <http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.



*A Luca, mi nieto, nuestra alegría,
a su mamá Marcelle,
padrino Mauricio,
abuelita Teca y
bisabuela Zazá.*

Jairnilson Silva Paim

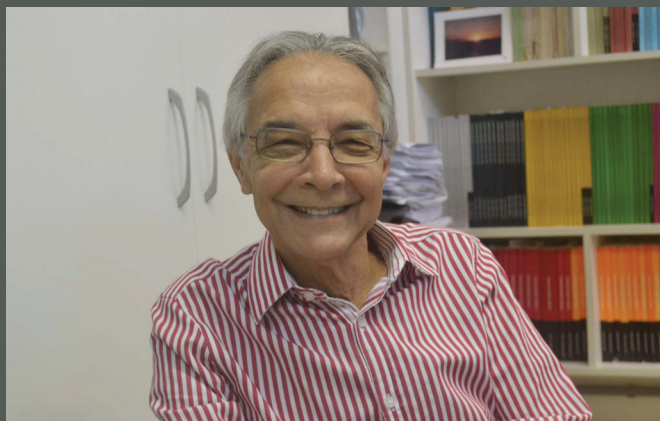
Se recibió de médico en 1972, se tituló como magíster en Medicina en 1975 y como doctor en Salud Pública por la Universidade Federal da Bahia (UFBA) en 2007. Fue profesor de la Faculdade de Medicina de la UFBA desde 1974 a 1995 y, desde el año 2000, es profesor titular de Políticas de Salud en el Instituto de Saúde Coletiva de la UFBA. Publicó 163 artículos y 14 libros, entre los cuales se destacan *Desafios da saúde coletiva no século XXI* (EDUFBA, 2006), *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica* (Fiocruz - EDUFBA, 2008), *O que é o SUS* (Fiocruz, 2009) y *SUS - Sistema Único de Saúde* (Atheneu, 2019). Sus trabajos se centran en el área de la salud colectiva, sobre todo en temas como: políticas de salud, planificación en salud, Reforma Sanitaria Brasileña y Sistema Único de Salud. Es investigador I-A del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), e integra el equipo técnico del Observatorio de Análisis Político en Salud (OAPS).

Entre los artículos publicados en la revista científica *Salud Colectiva* se encuentran “[Medicina comunitaria: Introducción a un análisis crítico](#)” (2009); “[Reflexiones teóricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña](#)” (2017).

En uno de sus tantos viajes a Buenos Aires como profesor invitado del Instituto de Salud Colectiva, se organizó un diálogo junto a Mario Testa con la presencia de estudiantes y profesores del posgrado, cuya transcripción fue publicada en la revista *Salud Colectiva* bajo el título “[Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim](#)” (2010), en el que abordaron la relación de Mario Testa con los inicios de lo que posteriormente fue el Instituto de Saúde Coletiva de la Universidade Federal de Bahia (ISC-UFBA), su paso por Montes Claros, el proceso del Movimiento Sanitario y la Reforma Sanitaria Brasileña, entre otros tantos temas.

El relato de su historia en primera persona forma parte del acervo oral del Centro de Documentación “Pensar en salud” (CeDoPS), que reúne a referentes de la medicina social, la salud colectiva y la salud pública de América Latina. Entre las entrevistas realizadas a Jairnilson se encuentran “Historia de vida y trayectoria profesional en el contexto de la reforma sanitaria” [\[ver video\]](#).

Algunos de sus libros fueron publicados en Argentina, en la Colección de libros Salud Colectiva de Lugar Editorial, y ahora se suma a la colección de libros digitales Cuadernos del Isco, de acceso libre y gratuito.



Índice

Presentación	1
Capítulo 1 Atención de la salud en Brasil	3
Capítulo 2 Gestión de la atención básica de la salud en las ciudades	35
Capítulo 3 Epidemiología y planificación: la recomposición de las prácticas epidemiológicas en la gestión del Sistema Único de Salud	59
Capítulo 4 El objeto y la práctica de la salud colectiva: ¿el campo demanda un nuevo profesional?	77
Capítulo 5 Movimientos en el campo social de la salud	93
Capítulo 6 ¿Nueva salud pública o salud colectiva?	113
Referencias bibliográficas	127



Presentación

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI se inspira en el título de un seminario internacional promovido por la Organización Panamericana de la Salud, realizado en agosto de 2005, que apuntaba a articular a aquellos que defienden la construcción de sistemas de salud universales, equitativos y de naturaleza pública.

En aquella oportunidad, al ser invitado para discutir la propuesta de la Nueva Salud Pública, destacué que la salud colectiva latinoamericana se encontraba en condiciones de contribuir a los principios y estrategias para el diseño de los referidos sistemas. Señalé, además, que el proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña posibilitó, a duras penas, la implementación del Sistema Único de Salud, cuyos principios y directrices podrían servir de referencia en torno de los siguientes valores: universal, público, democrático, culturalmente sensible, igualitario, ético, equitativo y solidario.

La oportunidad brindada por la colección Cuadernos del ISCo de publicar esta edición en acceso abierto, permite revisitarse esos desafíos. El desarrollo del sistema de salud brasileño, la gestión de la atención primaria, la reorganización de las prácticas epidemiológicas en el Sistema Único de Salud (SUS) y la formación en salud colectiva acumulan, actualmente, resultados positivos (Paim *et al.*, 2011; Paim, 2018), a pesar del subfinanciamiento crónico, el avance de la privatización y el predominio del modelo médico hegemónico (Souza *et al.*, 2019).

El SUS es el mayor sistema público de salud del mundo, si se consideran los países con más de 100 millones de habitantes. La atención primaria de la salud alcanza una cobertura que contempla más de 60% de la población brasileña (Castro *et al.*, 2019). La coordinación de las prácticas epidemiológicas está a cargo actualmente de la Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS), vinculada al Ministerio de Salud y responsable de la Política Nacional de Vigilancia en Salud (Conselho Nacional de Saúde, 2018; Teixeira *et al.*, 2020). La redefinición del objeto y de las prácticas de la salud colectiva estimuló la implementación de decenas de carreras de grado, a partir del Programa de Apoyo a Planes de Reestructuración y Expansión de las Universidades Federales (Pinto & Paim, 2015). De este modo, los cinco capítulos iniciales del libro discuten propuestas y desafíos concernientes a esas temáticas que evolucionaron mucho en la presente década.

El capítulo final señala las contradicciones actuales entre la salud pública y la salud colectiva, sugiriendo la hipótesis de “restauración” de un proyecto contrahegemónico de retorno a la salud pública convencional. Esta hipótesis ha sido objeto de debates, reflexiones e investigaciones cuyas evidencias sugieren manifestaciones de transformismo y de reproducción de una revolución pasiva en el campo de la salud colectiva (Paim, 2018b). Contra esa tendencia, se requieren nuevos sujetos de la praxis y de la antítesis (Paim, 2017) para radicalizar la democracia y afianzar el proyecto contrahegemónico de la salud colectiva latinoamericana.

Los textos publicados aquí discuten políticas públicas y movimientos ideológicos que han influenciado el campo social de la salud. En esa perspectiva, la salud colectiva representa una apuesta a nuevos supuestos, métodos y prácticas sociales, en vez de contentarse con hacer las cosas de la misma manera, como ha ocurrido con la salud pública convencional. Proyectos, sueños, ingenio, trabajo y arte trascienden la producción de bienes y la prestación de servicios de salud. Pueden conformar movimientos contrahegemónicos capaces de constituir sujetos públicos comprometidos con nuevos modos de vida.

Estos son los motivos que impulsaron la creación de este libro.

Jairnilson Silva Paim

Capítulo I

Atención de la salud en Brasil¹

Introducción

La atención de la salud puede ser examinada básicamente mediante dos enfoques: a) como respuesta social a los problemas y necesidades de salud; b) como un servicio del sector terciario de la economía. Como respuesta social, se inserta en el campo disciplinario de la Política de Salud, sobre todo cuando se analizan las acciones y omisiones del Estado en lo que atañe a la salud de los individuos y de la colectividad. Como un servicio², depende de procesos que atraviesan los espacios del Estado y del mercado³; pero, al mismo tiempo que es un servicio, la atención de la salud produce mercancías en el sector industrial, como medicamentos, inmunobiológicos, equipamientos, reactivos, descartables, alimentos dietéticos y productos químicos de diversos órdenes, entre otros. En ese caso, el sistema de servicios de salud se configura como un *locus* privilegiado de utilización de esas mercancías y, como tal, blanco de presión para el consumo, independientemente de la existencia o no de necesidades. En el estudio de esta dinámica es imprescindible recurrir a la economía política (Arouca, 2008; Braga & Goes de Paula, 1978).

La atención de la salud puede estar orientada por el perfil epidemiológico de la población, que depende de las condiciones y estilos de vida (modo de

¹ Texto originalmente publicado en: Brasil, Ministério da Saúde. *Saúde no Brasil. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004, p. 15-44. Revisado y actualizado para esta edición en español.

² El cuidado de la salud como un servicio tiene la particularidad de que el consumo se produce en el momento de la producción y no en la circulación, como es el caso de las mercancías o bienes (Arouca, 1975).

³ Los sistemas de servicios de salud en diversos países presentan un espectro de combinaciones con más Estado o más mercado (Souza *et al.*, 2000). Incluso en situaciones especiales en las que el Estado es simultáneamente financiador y prestador, interactúa activamente con el mercado en la adquisición de insumos esenciales para la atención de la salud.

vida), al expresar las necesidades de salud (sufrimiento, enfermedad, daños, riesgos, vulnerabilidad o ideales de salud como calidad de vida) y demandas por consultas (vacunas, informaciones, exámenes y hospitalizaciones). Al mismo tiempo, es un sector estratégico para los negocios de las empresas industriales productoras de insumos, de contratistas dentro de la construcción civil, de agencias de publicidad, de servicios de consultorías y de formación de recursos humanos, empresas de seguros y bancos, entre otros⁴.

En Brasil, la atención de la salud sufrió profundas transformaciones en el siglo XX, especialmente en la década de 1990 con la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) y con la expansión de la Asistencia Médica Suplementaria⁵. Desde la década de 1970, diversos estudios (Mello, 1977; Cordeiro, 1984) señalaban la crisis del sector cuando la atención sanitaria se encontraba subordinada a un sistema de servicios de salud que se caracterizaba por la insuficiencia, falta de coordinación, mala distribución, ineficiencia e ineficacia (Brasil, 1975). La medicina liberal se transformaba en medicina tecnológica (Schraiber, 1997), se incorporaban equipos de alta densidad de capital en los servicios médico-hospitalarios y los crecientes costos de la atención imponían organizaciones complejas para su gestión. El Estado actuaba a través de la medicina previsional y los servicios públicos federales, estatales y municipales, mientras la iniciativa privada buscaba alternativas de consolidación y expansión, tanto vendiendo servicios para la previsión social y buscando nichos de mercado en torno a la medicina liberal como estructurando la asistencia suplementaria por medio de los planes médicos privados, las cooperativas médicas, los planes de autogestión y los seguros de salud.

Distintas políticas racionalizadoras fueron emprendidas en el período autoritario (1964-1984) en un intento de responder a la crisis del sector salud: la creación del Sistema Nacional de Salud (Ley 6229/75), la implementación de programas de extensión de cobertura de servicios de salud en áreas rurales y periferias urbanas, la organización de sistemas de vigilancia epidemiológica

⁴ La gestión de la atención de la salud reviste una gran complejidad, pues contempla la adquisición y el suministro de miles de ítems de productos utilizados en la prestación de servicios, que van desde la adhesión, compromiso, calificación y dedicación al cuidado por parte de los agentes de las prácticas de salud, hasta alcanzar relaciones especiales con el mercado, los ciudadanos, los políticos, los partidos y el Estado en sus diferentes instancias gubernamentales, jurídicas y legislativas. En el caso brasileño, se trata de un sistema bastante complejo en el que el Estado es financiador y prestador en el ámbito municipal, estatal y federal; es comprador de servicios del sector privado contratado por el Sistema Único de Salud, y de insumos en el mercado; y es regulador de la asistencia médica suplementaria y de los bienes, servicios y ambientes concernientes a la salud.

⁵ La Asistencia Médica Suplementaria incluye en Brasil a los seguros privados de salud, las cooperativas médicas, los planes corporativos de empresas o sindicatos y planes médicos privados.

y sanitaria en la década de 1970, el Plan de Reorientación de la Asistencia a la Salud en el Ámbito de la Previsión Social (también conocido como *Plan del Consejo Nacional de Seguridad Pública*) y la estrategia de las Acciones Integradas de Salud en la década de 1980. Tales políticas, no obstante, resultaron insuficientes para responder a los problemas de la atención de la salud en Brasil, de modo que los movimientos sociales pasaron a impulsar la creación del SUS y el desencadenamiento de la Reforma Sanitaria Brasileña como integrantes del proceso de democratización del Estado y de la sociedad (Paim, 2002).

Con la conquista de la democracia en 1985, la sociedad participó activamente de la formulación de propuestas políticas para la salud durante la VIII Conferencia Nacional de Salud, cuyas recomendaciones fueron incorporadas en gran parte a la Constitución de 1988. La implementación del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud como estrategia-puente para la implementación del SUS, cuyos dispositivos legales fueron aprobados en las Leyes Orgánicas de la Salud (Leyes 8080/90 y 8142/90), daba continuidad a la reforma del sistema y de los servicios de salud, inspirada en los principios y directrices de la integralidad, equidad, descentralización y participación (Brasil, 2003a). En este caso, se buscaba la ampliación del acceso y la calidad de las acciones y servicios, además de la concepción y experimentación de modelos de atención de la salud que contemplaran aquellos principios y directrices (Paim, 2002).

Al mismo tiempo que se emprendían tales esfuerzos, se fue generando un Sistema de Atención Médica Suplementaria, que se presentaba como alternativa para los problemas de la atención de la salud verificados en el SUS, y que llegó a anunciar una cobertura de 31.000.000 de brasileños en 1989 (Mendes, 1993). Este sector privado, aparentemente paralelo al SUS, dispone de varias conexiones con el sector público, tornando al sistema de servicios de salud en Brasil más complejo y segmentado, con distintos patrones de acceso, calidad e integralidad de la atención.

El presente texto tiene los siguientes propósitos: a) realizar una caracterización panorámica de las cuestiones referentes a la integralidad, acceso, equidad y calidad de la atención de la salud; b) presentar, de forma crítica, la evolución histórica y las tendencias, considerando al SUS, la asistencia suplementaria, las reformas sectoriales y los modelos de atención; c) identificar diferencias regionales y particularidades; d) presentar una visión crítica de las políticas en curso; e) elaborar algunas propuestas referentes a las grandes líneas de alternativas políticas sobre atención de la salud.

Integralidad

Según la Constitución de 1988, la integralidad constituye un principio y, al mismo tiempo, una directriz para la organización del SUS. Deriva, originariamente, de una noción propuesta por la denominada *medicina integral* (*comprehensive medicine*). Se vincula a un movimiento de ideas que generó la propuesta de la medicina preventiva en las escuelas médicas americanas en el pasaje de la década de 1940 a la de 1950 (Arouca, 2008).

A partir del modelo de la historia natural de las enfermedades (Clark, 1967; Leavell & Clark, 1976), el proceso salud-enfermedad era visto en dos momentos: el patogénico y el prepatogénico. En el momento prepatogénico, es decir, antes de la ocurrencia de la enfermedad, sería posible desarrollar un conjunto de acciones inespecíficas y específicas para evitar la aparición del problema. Esas medidas, conocidas como *prevención de la ocurrencia* o *prevención primaria*, abarcarían las acciones de promoción y protección de la salud. En el momento patogénico, se podría identificar una fase anterior al horizonte clínico, en la cual la detección precoz de la enfermedad se realizaría mediante *screening* y exámenes periódicos de salud; una etapa en que los signos y síntomas permitirían el diagnóstico y la limitación del daño por medio de la clínica; y, finalmente, un período en el que podrían restar secuelas para las cuales cabrían acciones que apuntasen a alcanzar una adaptación posible. Las medidas adoptadas en este momento pueden ser identificadas genéricamente como *prevención de la evolución* (Hilleboe & Larimore, 1965) o como *prevención secundaria* (recuperación de la salud) y *prevención terciaria* (rehabilitación de la salud).

De este modo, la medicina integral sería aquella capaz de articular estos cinco niveles de prevención sobre el proceso salud-enfermedad: promoción, protección, diagnóstico precoz, limitación del daño y rehabilitación; mientras que la medicina preventiva, como propuesta de reforma en salud más parcial, fundamentaba una política que separaba la promoción y protección de la salud para las agencias estatales de salud pública y las demás acciones para la medicina privada. Como intento de preservación de la medicina liberal contra la intervención estatal, la medicina preventiva produjo el “*dilema preventivo*” (Arouca, 2008), o sea, la dificultad de implementación de su proyecto en sociedades capitalistas, especialmente en aquellas que no realizaban transformaciones profundas en la organización de los servicios de salud.

El movimiento sanitario brasileño efectuó una crítica a la medicina preventiva y a otros movimientos de reforma en salud, como la salud comunitaria y la medicina familiar, fundamentada en diversos estudios (Arouca, 2008; Donnangelo, 1976; Paim, 1986). Frente a las inconsistencias teóricas

y políticas de estos movimientos, fue necesario transformar muchas de sus nociones en conceptos teóricos y propuestas políticas. De este modo, la noción de *integralidad* podría ilustrar este esfuerzo y, al mismo tiempo, los consiguientes desafíos teóricos, políticos, culturales, metodológicos y técnico-operacionales.

Los textos que alimentaron las discusiones de la VIII Conferencia Nacional de Salud apuntaban hacia el principio de la integralidad, contemplada en el Informe Final (Conferência Nacional de Saúde, 1987), aunque la Constitución, al presentar las directrices del SUS, lo concibe como “atención integral, que prioriza las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios asistenciales” (Brasil, 2003a, p. 20). Esta retórica contorsionista puede reflejar una visión del sistema de salud que identifica acciones preventivas con la salud pública institucionalizada (Estado) y los servicios asistenciales con la atención médica individual (iniciativa privada) o la búsqueda de conciliación entre un modelo de atención clínicamente orientado y aquel vinculado al trabajo programático en salud con base epidemiológica.

Pese a esta solución de compromiso, que intenta una coexistencia pacífica entre la demanda espontánea y la oferta organizada o entre los principios del impacto y del no-rechazo de la demanda (Paim, 1993), la Constitución y las Leyes Orgánicas de Salud valorizaron las nociones de *promoción y protección de la salud*, reforzando la concepción de *integralidad de la atención* (Brasil, 2002b). Esta legislación extendió la noción hacia los distintos niveles de complejidad del sistema de servicios de salud, incorporando la idea de *continuidad de la atención*.

En consecuencia, los basamentos conceptuales de la Reforma Sanitaria en Brasil (Paim, 1997) contemplaron originalmente la integralidad en, al menos, cuatro perspectivas: a) como integración de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, conformando niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria; b) como forma de actuación profesional, abarcando las dimensiones biológica, psicológica y social; c) como garantía de la continuidad de la atención en los distintos niveles de complejidad del sistema de servicios de salud; d) como articulación de un conjunto de políticas públicas vinculadas a una totalidad de proyectos de cambios (Reforma Urbana, Reforma Agraria, etc.) que incidieran sobre las condiciones de vida, los determinantes de la salud y los riesgos de padecimiento, mediante la acción intersectorial.

En ese proceso político y técnico-asistencial, distintas propuestas alternativas de modelos de atención valorizaron el principio de la integralidad buscando formas de operacionalización (Paim & Teixeira, 1992; Paim, 1993; Teixeira, Paim

& Vilasboas, 2002; Campos, 2003), de modo que diferentes sentidos y significados pasaron a ser atribuidos a este principio (Pinheiro & Mattos, 2001).

La integralidad, como noción polisémica, puede ser vista como imagen-objetivo o bandera de lucha, como valor a ser sustentado y defendido en las prácticas de los profesionales de la salud, como dimensión de las prácticas o como actitud frente a las formas de organizar el proceso de trabajo (Mattos, 2001). Desde esa perspectiva, existiría la posibilidad de explicitación y construcción de acuerdos en torno de la integralidad, con el propósito de establecer principios organizadores de la asistencia (Camargo Jr., 2001). Finalmente, se puede considerar una definición ampliada de integralidad a partir de una taxonomía de las necesidades de salud centrada en cuatro conjuntos: a) buenas condiciones de vida, derivadas de los factores del ambiente o de los lugares ocupados en el proceso productivo; b) acceso a toda tecnología capaz de mejorar y prolongar la vida; c) vínculos (a/e)fectivos entre cada usuario y el equipo/profesional de salud; d) grados crecientes de autonomía en el modo de llevar la vida (Cecílio, 2001).

En la literatura reciente se constatan, tanto esfuerzos de reflexión teórica (Pinheiro & Mattos, 2001; Mattos, 2003), como investigaciones empíricas volcadas al establecimiento de criterios que contemplan la integralidad de la atención. Así, los sistemas de servicios de salud organizados bajo la perspectiva de la integralidad de la atención adoptarían ciertas premisas: la supremacía de las acciones de promoción y prevención, la garantía de atención en los tres niveles de complejidad de la asistencia médica, la articulación de las acciones de promoción, prevención, cura y recuperación, y el abordaje integral del individuo y las familias (Giovannella *et al.*, 2002). No obstante, cabría cierta precaución crítica en el sentido de evitar que el redimensionamiento conceptual pudiera resultar en el vaciamiento teórico del propio concepto, pues si la integralidad fuera todo, perdería su potencial heurístico.

Por lo tanto, junto al trabajo de investigación teórica y empírica, habrá que ampliar el espacio de intervención volcado a la integralidad, mediante acciones desarrolladas en el territorio y en los servicios de salud, considerando los aspectos relativos a la construcción del conocimiento, a la formulación de políticas y a la redefinición de las prácticas de salud (Campos, 2003). Carlos Eduardo Aguilera Campos, tomando como referencia el principio constitucional de la integralidad de la atención de la salud para examinar ciertos desafíos de su implementación y analizar la propuesta de la vigilancia de la salud y los cambios propuestos por el Ministerio de Salud de Brasil en el ámbito de la atención básica, especialmente, del Programa de Salud Familiar, reconoció que la construcción colectiva y social de la práctica sanitaria es producto de un proceso dialéctico en el cual se involucran diversas instancias con dimensión política y técnica.

En lo que atañe a la dimensión política, pueden ser identificadas condiciones institucionales que posibilitan la construcción de consensos, la reglamentación de los dispositivos legales y los mecanismos de financiamiento. La dimensión técnica se vincula al conocimiento producido según modelos teóricos y permite orientar la organización y la gestión del sistema de salud, así como también combinar tecnologías ofrecidas por la ciencia en el sentido de atender a las necesidades de los individuos, las familias y las comunidades. Tratándose, por lo tanto, de un fenómeno social e histórico, la trayectoria de una política de salud no se hace de forma lineal:

Tiene como punto de partida una construcción de propósitos de grupos en lucha, los cuales, a cada momento, influyen sobre la conformación del sistema. Este sistema resulta, por lo tanto, de los choques, consensos y disensos que se producen entre los grupos y por ser histórico siempre debe considerarse la herencia recibida, desde la existencia de una cultura institucional arraigada en unidades de salud con diferentes conformaciones y espacios de práctica, al reflejar una determinada concepción histórica. Todo esto, si no lo determina, al menos condiciona los propósitos futuros. (Campos, 2003, p. 570)

A partir de este referencial teórico, el autor considera que la construcción y la implementación de la integralidad representan, tal vez, el mayor desafío de la salud en Brasil y reconoce la propuesta de la vigilancia de la salud como una vía para vencer este desafío. Concluye considerando que el principio de integralidad:

...implica dotar al sistema de condiciones relacionadas con las diversas fases de la atención de la salud, al proceso de cuidar, al relacionamiento del profesional de salud con los pacientes. Individuos y colectividades deben disponer de una atención organizada, diversificada y humana. Este principio, por lo tanto, no excluye ninguna de las posibilidades de promover, prevenir, restaurar la salud y rehabilitar a los individuos. (Campos, 2003, p. 577)

Desde la perspectiva de la planificación y de la gestión, el desarrollo de la Programación Pactada Integrada en la Atención Básica ha posibilitado, a partir de 2001, la construcción y perfeccionamiento de un instrumento capaz de contribuir a la realización del principio de la integralidad. En ese sentido, se ha buscado superar la lógica de la programación basada en una serie histórica que utiliza el diagrama de la vigilancia de la salud (Paim, 2003c) a los fines de evaluar la Programación Pactada Integrada en la Atención Básica en 2001 y 2002. De allí surgen evidencias que señalan un aumento de acciones y actividades clasificadas como *control de causas* en comparación con las relativas al

control de riesgos y al control de daños (Sampaio, 2003). A partir de este estudio, se puede considerar que se abre un camino para la operacionalización de la directriz de la integralidad, que tiene en cuenta dos de las premisas antes mencionadas: la supremacía de las acciones de promoción y prevención y la articulación de las acciones de promoción, prevención, cura y recuperación.

Modelos de atención

Los *modelos de atención, modelos asistenciales o modos tecnológicos de intervención en salud* pueden ser definidos como “combinaciones de tecnologías estructuradas en función de problemas de salud (daños y riesgos) que componen el perfil epidemiológico de una determinada población y que expresan las necesidades sociales de salud históricamente definidas” (Paim, 2006). Durante la XI Conferencia Nacional de Salud se discutieron los límites de los modelos de atención de la salud vigentes en Brasil y ciertas experiencias en busca de concretizar los principios y directrices del SUS, y se destacaron las siguientes propuestas alternativas: acciones programáticas de salud, acogimiento, vigilancia de la salud, ciudades saludables y promoción de la salud (Teixeira, 2002).

En este sentido, la intervención más amplia que se ha realizado en Brasil para modificar el modelo de atención hegemónico tal vez pueda ser atribuida a la reorganización de la atención básica, particularmente a través del Programa de Salud Familiar, vinculado a la vigilancia de la salud. Estas dos propuestas alternativas de modelo de atención han sido reconocidas como ejes reestructurantes del SUS (Mendes, 1996; Campos, 2003). Sin embargo, cabe resaltar que muchas de las propuestas mencionadas son relativamente complementarias y convergentes. Así, el Programa de Salud Familiar progresivamente se ha articulado con la vigilancia de la salud y con el acogimiento, contando además con una gran potencialidad de ayudar en la construcción de la viabilidad de acciones programáticas, de la promoción de la salud y de las ciudades saludables.

En el caso de la vigilancia de la salud, de acuerdo con su propuesta original (Paim & Teixeira, 1992), se apoya en la acción intersectorial y procura reorganizar las prácticas de salud en el ámbito local con las siguientes características: a) intervención sobre problemas de salud (daños, riesgos y/o determinantes); b) énfasis en los problemas que requieren atención y seguimiento continuos; c) utilización del concepto epidemiológico de *riesgo*; d) articulación entre acciones promocionales, preventivas y curativas; e) actuación intersectorial; f) acciones sobre el territorio; g) intervención bajo la forma de operaciones. Su operacionalización ha recorrido los siguientes pasos: microlocalización de los problemas de salud, intervención en el ámbito poblacional pautada

en el saber epidemiológico, apropiación de información acerca del territorio-proceso mediante *talleres de territorialización*, y utilización de la geografía crítica y de la planificación y programación local de salud (Teixeira *et al.*, 2002). Estos pasos expresan ciertas dimensiones técnicas que apuntan a la integralidad, intersectorialidad, efectividad y equidad, además de permitir un diálogo entre esta propuesta y otras alternativas de modelos de atención y de organización de servicios.

A partir de este referencial teórico y metodológico, la vigilancia de la salud ha sido identificada con los siguientes aspectos:

- Esfuerzo por integrar la actuación del sector salud en las diversas dimensiones del proceso salud-enfermedad, especialmente desde el punto de vista de su determinación social.
- Operacionalización de los sistemas de salud, de modo de respetar una visión que se pretende más totalizadora.
- Eje reestructurante del modo de actuar en salud, que busca enfrentar problemas de forma integrada por parte de los sectores que históricamente han trabajado de forma dicotomizada.
- Consideración de los determinantes sociales, los riesgos ambientales, epidemiológicos y sanitarios asociados y los desdoblamientos, en términos de enfermedad.
- Una nueva mirada sobre la salud teniendo en cuenta los múltiples factores involucrados en la génesis, en el desarrollo y en la perpetuidad de los problemas.
- Compromiso de todos los sectores gubernamentales, viendo al individuo y a la comunidad como sujetos del proceso.
- Principio de la territorialidad como su principal premisa.
- *Territorio*, entendido como el espacio donde viven grupos sociales, sus relaciones y condiciones de subsistencia, de trabajo, de ingresos, de vivienda, de acceso a la educación y su saber preexistente como parte del medio ambiente, poseedor de una cultura, de concepciones sobre salud y enfermedad, de familia, de sociedad, etc.
- Definición de problemas y prioridades y obtención de recursos para atender a las necesidades de salud de la comunidad, considerando cada situación específica (Campos, 2003).

Tales formulaciones permiten una aproximación de la vigilancia de la salud a las concepciones contemporáneas de la promoción de la salud (Teixeira, 2002; Brasil, 2002b; Freitas, 2003; Paim, 2006), que involucran instancias externas al sector, agendas públicas con diversos actores y participación de las “personas

y comunidades para alcanzar más salud y una mejor calidad de vida” (Campos, 2003, p. 578). De este modo, la actualización del diagrama de la vigilancia (Paim & Teixeira, 1992; Paim, 2003c), concebido inicialmente para orientar intervenciones sobre el colectivo —ambientes, poblaciones y lo social como campo estructurado de prácticas (Donnangelo, 1983)— y dialogando con los cinco niveles concebidos para la actuación individual de la medicina preventiva (Hilleboe & Larimore, 1965; Leavell & Clark, 1976), apunta a contemplar la promoción de la salud en todo el eje horizontal del esquema, incluso en el control de los daños. Esa concepción ampliada abarca medidas inespecíficas (Clark, 1967), determinantes de la salud, que anteceden a los riesgos y daños llegando hasta, incluso, a fortalecer la autonomía y el empoderamiento de los sujetos (Brasil, 2002d), sean ancianos, deficientes, sanos o incluso enfermos.

Para facilitar la comprensión de sus múltiples dimensiones, la propuesta de la vigilancia de la salud ha sido abordada según tres niveles: a) los determinantes del proceso salud-enfermedad; b) los riesgos; c) los daños a la salud. En el caso de los determinantes, son destacadas las propuestas del movimiento de Promoción de la Salud a partir de la Carta de Ottawa (Czeresnia & Freitas, 2003). Con relación a la prevención de los riesgos de padecimiento, se enfatiza la búsqueda de nuevas interfaces entre los programas de salud y las áreas ligadas a la vigilancia sanitaria, epidemiológica y ambiental. Finalmente, en lo que se refiere a la asistencia propiamente dicha, se resalta el vínculo de los equipos de salud con las personas insertas en el territorio, además de la continuidad de la atención. De este modo, el Programa de Salud Familiar y las atribuciones de sus equipos guardan gran coherencia y sintonía con la vigilancia de la salud, cuya lógica debería atravesar la atención básica y “diseminarse por todos los servicios, desde las unidades básicas hasta las unidades hospitalarias” (Campos, 2003, p. 581).

Por lo tanto, los cambios en el perfil epidemiológico y la transición demográfica observados en Brasil exigen, simultáneamente, vincular la vigilancia de la salud a la atención de media y alta complejidad, sobre todo en servicios de urgencia, emergencia y cuidados intensivos.

Asistencia suplementaria

La llamada *asistencia suplementaria* abarca un conjunto de modalidades asistenciales cuya característica básica reside en el prepago por parte de las empresas y/o usuarios para asegurar la asistencia médica cuando sea necesaria. No se realiza, por lo tanto, un desembolso directo luego de la prestación de servicios de salud. Actualmente, pueden ser identificadas cuatro modalidades asistenciales que que

componen el Sistema de Asistencia Médica Suplementaria: planes de autogestión, planes médicos privados, cooperativas médicas y seguros de salud.

Los planes de autogestión, propios de empresas empleadoras, corresponden a formas de organización de la prestación de la asistencia médica por parte de una empresa o sindicato en servicios propios o contratados, para sus afiliados y, eventualmente, sus familiares. Su origen se remonta a la década de 1940, con la creación de la Caja de Asistencia a los Empleados del Banco de Brasil, conocida como *CASSI* (Bahía, 1999).

Los planes médicos privados se inician en la década de 1960 con la instalación de empresas multinacionales, como la industria automovilística, que desvinculaban a sus empleados de la medicina previsional y contrataban empresas médicas para atender a los diversos segmentos de trabajadores y dirigentes, generalmente en redes propias, mediante planes diferenciados que iban del estándar al ejecutivo. Hasta inicios de la década de 1980, las grandes empresas del sector industrial o de servicios que optaban por esta modalidad asistencial estaban eximidas de contribuir integralmente su aporte previsional (convenios médicos), lo que revelaba un incentivo o subsidio para su consolidación y expansión (Oliveira & Teixeira, 1978; Cordeiro, 1984).

Las cooperativas médicas partían de una crítica al *empresariamiento* de la medicina y se desarrollaron a lo largo de la década de 1970 con las Unimed. Tenían como característica la afiliación voluntaria de médicos cuya prestación de servicios era remunerada a través de la división de ganancias al final de un período de trabajo. Sus *productos* también eran vendidos a empresas industriales y de servicios para atender a empleados y gerentes y/o a consumidores individuales en el mercado (Mello, 1977).

La modalidad de los seguros de salud también aparece vinculada en aquella misma década a empresas aseguradoras y a grandes bancos. Su funcionamiento inicial era similar a un seguro común mediante reembolso de gastos, es decir, se devolvía a sus afiliados el valor abonado a los médicos, hospitales y laboratorios en episodios de enfermedad. Su normatización se produjo a partir de la Resolución XI del Consejo Nacional de Seguros, en 1976 (Bahia, 2001). Posteriormente, pasaron a vender sus productos a empresas y a consumidores individuales (y a sus familiares), que tenían a su disposición una red de servicios acreditados.

En el pasaje de la década de 1980 a la siguiente, se verificó un gran crecimiento de esas modalidades asistenciales, especialmente aquella correspondiente a los seguros de salud:

La revelación de la existencia de un gran mercado de planes de salud, a fines de la década de 1980, ocurrió simultáneamente a una importante intensificación de la comercialización de planes

individuales, la decisiva entrada de grandes aseguradoras en el ramo salud, la adhesión de nuevos estratos de trabajadores, particularmente, empleados públicos de la administración directa, autarquías y fundaciones para la asistencia médica supletoria y una inequívoca vinculación de la asistencia privada al financiamiento de la asistencia médica suplementaria. (Bahia, 2001, p. 332)

Algunos autores buscaron explicar tal expansión a partir de la supuesta negligencia de los actores políticos de la Reforma Sanitaria Brasileña que, al privilegiar la construcción del SUS, no repararon en las transformaciones en curso en el mercado de los servicios de salud suplementaria; otros, encambio, la atribuyeron a las insuficiencias del SUS, ampliadas artificialmente por los medios de comunicación y por la publicidad de las empresas de planes de salud en una coyuntura de expansión de la ola neoliberal y de retracción de cerca de un tercio de los gastos federales en salud (Mendes, 1993). En ese contexto, surgían quejas del tipo “solo se queda en el SUS aquel que no tiene recursos para comprar un plan” o razonamientos como “si aquel que puede pagar, tiene plan de salud, entonces que el SUS cuide mejor a los pobres”, suponiendo un clivaje entre las respectivas redes asistenciales (Bahia, 2001).

Mientras se entablaba este debate ideológico, algunas iniciativas gubernamentales permitieron el reconocimiento de los seguros de salud como un *plan de salud* y no como *premio* pagado al usuario luego del siniestro de la enfermedad. Otras, originarias de la Receita Federal⁶, reconocieron los gastos bajo modalidades como gastos de asistencia médica, incluidos en la deducción del impuesto a las ganancias de personas físicas y jurídicas, configurando una renuncia fiscal que favorecía su expansión mediante tal subsidio. En realidad, se producía una estructural y extensa interfaz públicoprivada, sobre la que cabría “cuestionar las relaciones de autonomía y dependencia de las empresas de planes de salud con el SUS y consecuentemente algunos supuestos que orientaron el proceso de regulación gubernamental de la asistencia médica suplementaria” (Bahia, 2001, p. 330).

Hasta fines de la década de 1990, no hubo prácticamente fiscalización para tales modalidades, lo que posibilitó una gran cantidad de abusos, a pesar de las denuncias de usuarios y médicos, como también de los intentos de reglamentación por parte del Consejo Federal de Medicina. Basta recordar que las cooperativas médicas eran controladas por el Ministerio de Agricultura

⁶ Organismo equivalente a aquellos que se ocupan de la administración federal de ingresos públicos.

y las empresas de seguros de salud por el Ministerio de Hacienda, por intermedio de la Superintendencia de Seguros Privados.

La aprobación de la Ley de Planes de Salud en 1998 (Ley 9656), luego de un largo, tortuoso y polémico debate en el Congreso Nacional, representó un intento de regular el sector, culminando con la creación de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria. Se trata de un ente autárquico especial vinculado al Ministerio de Salud, instituido por la Ley 9961, del 28 de enero de 2000, con las siguientes finalidades: regular, normatizar, controlar y fiscalizar las actividades de salud suplementaria prestadas por las operadoras de planes y seguros privados de salud (Brasil, 2003a).

Esta agencia, que fue el resultado, en parte, de disputas entre las burocracias del Ministerio de Hacienda y el de Salud (Bahia, 2001) y sus respectivos titulares, ha buscado acompañar el funcionamiento del mercado de planes de salud y organizar un sistema de información que permita el ejercicio de la regulación. En 2001, funcionaban 2.708 operadoras, de las cuales el 36,9% correspondía a los planes médicos privados, el 16% a la autogestión, el 14,4% a las cooperativas médicas y el 1,6% a los seguros de salud. En la Tabla 1, se presenta la cobertura de la asistencia médica suplementaria por regiones y la distribución porcentual de usuarios y de operadoras. Se constata, así, el peso del Sistema de Atención Médica Suplementaria en la región Sudeste, donde se concentra el 60,5% de las operadoras y el 71% de los usuarios, y alcanza una cobertura del 33%; y su menor expresión en el Nordeste, donde se localiza el 2,2% de los usuarios y el 3,1% de las operadoras.

A pesar de los esfuerzos que apuntan a conocer y regular este mercado, los planes de salud continuaron siendo el centro de las críticas de los

Tabla 1. Distribución porcentual de usuarios, operadoras activadas y cobertura por región en Brasil (2002).

Región	Usuarios (%)	Operadoras (%)	Cobertura (%)
Centro-Oeste	4,4	6,4	12,7
Norte	11,3	12,9	8,0
Nordeste	2,2	3,1	5,8
Sudeste	71,0	60,5	33,0
Sur	11,0	17,1	14,7

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección de Desarrollo Sectorial de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria.

consumidores y sus organizaciones, de los medios de comunicación y de los médicos y hospitales; además, crecieron las disputas judiciales entre las operadoras y la Agencia Nacional de Salud Suplementaria. Así, en 2003, tales conflictos llegaron a motivar la instalación de una Comisión Parlamentaria de Investigación sobre el tema. En aquella época, existían 35.315.942 beneficiarios de la asistencia suplementaria, de los cuales el 64,1% contaba con contratos anteriores a la Ley 9656/98 y con problemas de exclusión de coberturas asistenciales, especialmente el 25,7% de los usuarios de planes individuales antiguos (Montone, 2003).

Equidad y reforma del sistema y los servicios de salud

Las reformas sectoriales⁷ emprendidas en América Latina y el Caribe a lo largo de la década de 1990 (Pego & Almeida, 2002; Hernández, 2002; Labra, 2002; Belmartino, 2002; Mitjavila *et al.*, 2002), vinculadas a los paquetes de ajuste macroeconómico bajo el patrocinio y dirección de organismos internacionales, como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, presentan algunos elementos comunes: modificación de reglas de financiamiento, participación de agentes públicos y privados (aunque con mayor presencia de los últimos), y separación de las funciones de financiamiento, provisión y regulación (Almeida, 2002).

En Brasil, aun así, la agenda de reformas de esos organismos internacionales encontró cierta resistencia u oposición abierta, porque contrariaba el carácter universal de las políticas de salud proyectadas por el movimiento de la reforma sanitaria desde la década de 1970, además de que amenazaba los preceptos constitucionales y la legislación sanitaria. Sin embargo, muchas de las incursiones de estos organismos internacionales volcadas a la descentralización y focalización de las acciones de salud y a la segmentación del sistema de servicios de salud encontraron ciertos espacios de viabilidad, e implicaron una implementación contradictoria del SUS (Paim, 2002).

⁷ Esas reformas pueden ser analizadas teniendo en cuenta al menos doce ejes temáticos: 1) marco jurídico; 2) derechos a los cuidados de salud; 3) aumento de la cobertura; 4) función rectora del Ministerio de Salud; 5) descentralización; 6) participación; 7) control social; 8) oferta de servicios; 9) separación de funciones; 10) modelo de gestión; 11) recursos humanos y calidad; 12) evaluación de tecnologías. En la evaluación de los resultados se han tomado como atributos a la equidad, la eficiencia, la efectividad, la sustentabilidad, la calidad, la participación y el control social (Infante *et al.*, 2000). Algunos de esos ejes y atributos serán contemplados en este texto en la medida en que se aproximen a la cuestión de la atención de la salud, como por ejemplo la oferta (modelo de atención y acceso), la equidad y la calidad.

Actualmente, el sistema de servicios de salud de Brasil está compuesto por tres subsistemas: el SUS, de naturaleza pública e integrado por servicios estatales de los municipios, estados y la Unión⁸, además de los contratados (filantrópicos y lucrativos); el Sistema de Atención Médica Suplementaria, de carácter privado, que dispone de diversas modalidades asistenciales que utilizan, en gran parte, la misma red de servicios privados, filantrópicos y universitarios vinculados al SUS; y el Sistema de Desembolso Directo, que tal vez sea más una forma de pago que una organización, y se relaciona con hospitales y servicios privados de alta tecnología y médicos con autonomía preservada (Mendes, 1996).

El SUS está destinado a toda la población y es la única posibilidad de atención de la salud para más de 140.000.000 brasileños con bajos ingresos, empleos precarios o desempleados. En 2006, el Sistema de Atención Médica Suplementaria tenía registrados 38.342.198 contratos de usuarios (Bahía & Scheffer, 2008), entre planes colectivos de grandes empresas y planes individuales adquiridos en el mercado por la clase media alta y alta que, en determinadas situaciones, también recurren al SUS. En cambio, el Sistema de Desembolso Directo es utilizado por personas de altos ingresos para servicios eventualmente no cubiertos por los planes de salud o para la realización de consultas y exámenes con profesionales de prestigio no vinculados al SUS ni al Sistema de Atención Médica Suplementaria. Tanto el Sistema de Atención Médica Suplementaria como el Sistema de Desembolso Directo son subsidiados por el gobierno federal mediante reducción fiscal a través del descuento de los gastos médicos de personas físicas y jurídicas en el impuesto a las ganancias.

La atención de la salud, como expresión del cuidado de personas (individual y colectivamente), sufre las influencias de estos acuerdos de organización, gestión y financiamiento, además de la disponibilidad de la infraestructura de recursos. Estos recursos presentan una distribución desigual entre estratos sociales y entre regiones, estados y municipios, áreas urbanas y rurales y, en las ciudades, entre periferia y centro, conforme será presentado más adelante. De allí que la equidad se constituya, en una sociedad extremadamente desigual como la brasileña, en otro gran desafío de la atención de la salud y del SUS.

⁸ La Unión es la persona jurídica del Derecho Público representante del Gobierno Federal en el ámbito interno y de la República Federativa del Brasil en el ámbito externo. Está definida por el artículo 18 de la Constitución Federal: "Art. 18. La organización político-administrativa de la República Federativa del Brasil comprende a la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, todos autónomos, en los términos de esta Constitución".

Diversas iniciativas han intentado reducir la inequidad en la distribución de los recursos del propio SUS, tanto con la combinación de criterios técnicos de la asignación para una *municipalización solidaria* (Lima *et al.*, 2002) como con el desarrollo de metodologías para analizar las desigualdades en salud (Szwarcwald *et al.*, 2002) y la realización de investigaciones en política y economía (Junqueira *et al.*, 2002; Porto, 2002) que auxilien la formulación de políticas de salud orientadas a la equidad. Otros temen “que las fórmulas adoptadas se tornen complejas y de difícil comprensión, pudiendo no traer ganancias reales en el ámbito de la equidad” (Cazelli *et al.*, 2002). Aunque algunas evidencias señalen una discreta reducción de las desigualdades en la distribución de recursos del SUS (Almeida *et al.*, 2002; Negri, 2002; Brasil, 2002a), aún resulta necesario intensificar la redistribución geográfica de recursos financieros en favor de las regiones Norte y Nordeste (Porto, 2002).

Acceso y calidad de las acciones y los servicios

Las cuestiones referentes al acceso y a la calidad de las acciones y de los servicios de salud expresan los límites de los modelos de atención vigentes en el sistema de salud brasileño. Aunque guarden íntimas relaciones con los problemas referentes a la infraestructura, el financiamiento, la organización y la gestión, revelan toda la crudeza del *modelo de desatención* hegemónico. Así, el acceso y la calidad de las acciones y servicios se ven condicionados por la distribución desigual de la infraestructura del sistema de servicios de salud y por los demás elementos mencionados anteriormente, que estructuran el sistema de servicios de salud.

Este *modelo de desatención* tiene su expresión fenoménica en un caleidoscopio de malos tratos y de incumplimiento del derecho a la salud: filas vergonzosas para la asistencia médica desde la madrugada o desde el día anterior; desconsideración en las ventanillas de hospitales y unidades de salud; desatención por parte del personal de seguridad, recepcionistas, auxiliares y profesionales de salud a personas fragilizadas por las enfermedades; corredores saturados de camillas en los servicios de urgencias; disputas por turnos para exámenes complementarios tantas veces innecesarios; largas esperas para la realización de una consulta o examen en bancos incómodos; *vía crucis* del paciente entre diferentes unidades de salud, médicos y especialistas; “cortejos fúnebres” de *vans* y ambulancias frente a los hospitales públicos para el traslado de enfermos y familiares de otros municipios; pago por consulta y exámenes en clínicas particulares de las periferias por precios *módicos* o *por fuera* de los servicios del SUS; mercantilización de la

enfermedad y del sufrimiento por parte de los planes de salud y prestadores privados; discriminación de los usuarios del SUS en clínicas y laboratorios contratados u hospitales universitarios y filantrópicos por medio de *doble entrada* y del confinamiento en instalaciones de segunda categoría.

Este rosario de problemas, enunciado tantas veces de forma espectacular por los medios de comunicación, es muy conocido por los usuarios de los servicios de salud del país. Las excepciones habituales no consiguen encubrir las inequidades que persiguen al sistema de salud brasileño. Y la Reforma Sanitaria, cuyo proyecto original abrazaba el propósito de superar la crisis sanitaria, debió enfrentarse en los últimos años con los obstáculos contrapuestos por las políticas económicas neoliberales, por el aumento de las desigualdades sociales y por la construcción de una ciudadanía restringida, no obstante la formalización de los derechos garantizados por la Constitución y por las leyes del país.

Encuestas de opinión realizadas en 1998 y 2002 señalaban que la percepción de la calidad de la atención prestada por el SUS estaba empeorando, aunque el porcentaje de esa respuesta se había reducido de 32% a 14%. Entre los que consideraban que la calidad de los servicios continuaba igual se constató un aumento del 18% en 1998 y de 48% en 2002. El problema más perceptible sigue siendo el de las filas de espera para la solicitud de turnos (Brasil, 2003b). De este modo, el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de salud representa mucho más una imagen-objetivo para los que invierten en un sistema de salud digno y de calidad que propiamente una evidencia.

Las variaciones sociales en el acceso y en el consumo de servicios de salud también pueden indicar desigualdades en la calidad de la atención. Los más pobres esperan más del doble del tiempo para ser atendidos (82,52 minutos en promedio), mientras que el tiempo de espera de los que disponen de un seguro de salud es cerca de la mitad del que aguardan las personas que no lo poseen (Travassos *et al.*, 2000).

Frente a los problemas acumulados en la infraestructura, financiamiento, organización y gestión del sistema de salud brasileño, las cuestiones referentes a la calidad de la atención de la salud fueron, de cierto modo, relegadas como política de gobierno. Se pueden identificar esfuerzos diseminados en proyectos de humanización de la atención, en prácticas de acogimiento y en la experimentación de nuevos modelos de atención, tanto para la mejora del acceso y de la calidad de las acciones y servicios como para alcanzar la integralidad y la equidad en la atención (Brasil, 2002a). Tales iniciativas, sin embargo, no fueron suficientes para cambiar el *modelo de desatención* vigente. Incluso en los planes de salud privados, los usuarios representan el segmento más vulnerable: no tienen instrumentos para impedir los abusos, tienen baja

capacidad de negociación y poco pueden “influir en las cuestiones referentes a la mejora de la calidad de la atención en salud” (Montone, 2001, p. 29).

Aunque se observe una relativa escasez de propuestas, estudios e investigaciones sobre la calidad de la atención de la salud en Brasil (Sala, 1993; Nogueira, 1994; Uchimura & Bosi, 2002), algunas iniciativas dispersas pueden ser reforzadas para obtener una mayor resonancia de esta temática en la agenda política de salud, por ejemplo, lo que se ha construido en relación con la integralidad y las desigualdades en salud. En ese sentido, pueden ser mencionadas *conferencias de consenso*, volcadas a la discusión y obtención de pautas diagnósticas, terapéuticas y preventivas para determinadas enfermedades y daños, y la adopción de *protocolos asistenciales* para el desarrollo de mejores prácticas en los procesos de trabajo en salud.

No obstante ciertas críticas a tales tecnologías, en virtud de la posibilidad de que refuercen políticas vinculadas al *managed care*, cabría recuperar su potencial de agregar calidad a las prácticas de salud como dispositivo racionalizador, pedagógico, evaluador e inductor de investigación en la atención de la salud. Las Normas Operacionales de Asistencia a la Salud 2001 y 2002, además de definir contenidos para la atención básica y redefinir procedimientos de media y alta complejidad, proponían la creación de protocolos para la asistencia médica (Viana *et al.*, 2002). Del mismo modo, las iniciativas volcadas a la humanización de la asistencia al parto y para el apoyo técnico-pedagógico a los equipos de salud familiar deben ser evaluadas en el sentido de expandirlas hacia otros espacios de prácticas del SUS y para la regulación de la asistencia suplementaria. Por lo tanto, además de la evaluación técnico-científica, centrada en patrones establecidos por la comunidad científica y en los elementos del proceso de trabajo en salud, cabe incorporar la visión de los usuarios y de otros actores sociales que constituyan *grupos de calidad*, con el fin de mejorar la atención y elevar la satisfacción de los ciudadanos (Serapioni, 1999).

Políticas de salud en la década de 1990

A pesar de los recortes impuestos al desarrollo de las políticas de salud en Brasil durante la última década del siglo XX, el país consiguió mantener los instrumentos legales que aseguran el derecho a la salud, particularmente en lo referente a la universalización de la atención (Almeida *et al.*, 2002). Al contrario de otras políticas sociales, que frente a las restricciones impuestas al gasto público se tornaron focalizadas y selectivas, la política de salud mantuvo su carácter abarcador “en razón de la capacidad de intermediación de intereses en la arena sectorial” (Costa, 2002, p. 13). Las contradicciones del

proceso, entretanto, profundizaron la segmentación del sistema de salud brasileño (Noronha & Soares, 2001).

La implementación del Sistema Único de Salud concomitantemente a la expansión de la asistencia médica suplementaria expuso la fragilidad y la insuficiencia de instancias y herramientas de gestión, tanto en la actuación de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria como en la utilización de la Programación Pactada Integrada⁹ que:

...no tiene en cuenta al mercado de usuarios de los seguros de salud ni a la oferta de prestadores de servicios de salud a las operadoras de salud suplementaria. La disociación normativa y de planificación fortalece la posibilidad de segmentar el consumo de servicios de salud en múltiples mercados internos de salud, cuya competición es regulada por la ANS y por la SAS, siguiendo criterios y directrices hasta ahora independientes entre las dos instituciones. (Cordeiro, 2001, p. 323)

Según Hesio Cordeiro, ante la ausencia de políticas contrapuestas a tal tendencia, es posible identificar escenarios caracterizados por la fragmentación y la segmentación entre diversos consumidores de servicios de salud. En este sentido, la asistencia médica suplementaria y especialmente la participación del seguro privado en el sistema de salud brasileño “actúa en el sentido de acentuar las desigualdades en el consumo de servicios de salud” (Travassos *et al.*, 2000, p. 144).

Aun así, la política de salud en la década de 1990 estuvo marcada por la construcción del SUS: la descentralización de las acciones, los servicios y la gestión; las mejoras en el gerenciamiento y en la capacidad de regulación; la reducción de las desigualdades en la distribución de los techos financieros de la asistencia a la salud entre las regiones; la ampliación del acceso a la asistencia; el aumento de la cobertura de inmunizaciones en los niños (Negri, 2002). En el pasaje de la década del 1990 al siglo XXI, se produjeron hechos político-institucionales con consecuencias no despreciables para las políticas de salud:

- Expansión del Programa de Salud Familiar para una cobertura de 87.900.000 de brasileños en 2007.

⁹ Entre los objetivos de la Programación Pactada Integrada, se destacan: a) garantizar la equidad del acceso; b) explicitar los recursos federales, estatales y municipales que componen la sumatoria de recursos del Sistema Único de Salud; c) consolidar el papel de las secretarías estatales de salud en la coordinación de la política estatal de salud y en la regulación general del sistema estatal de salud; d) establecer procesos y métodos que aseguren la conducción única del sistema de salud en cada esfera de gobierno; e) consustanciar las directrices de regionalización de la asistencia a la salud; f) explicitar la programación de los recursos estatales y municipales, respetando la autonomía de los diferentes niveles de gestión y realidades locales (Brasil, 2000a).

- Implementación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria.
- Aprobación de la Ley de Medicamentos Genéricos (Ley 9787/99).
- Instalación del Sistema de Información del Presupuesto Público en Salud.
- Adopción de la tarjeta del SUS en algunos municipios.
- Implementación del Programa de Interiorización del Trabajo en Salud.
- Actualización de la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales.
- Establecimiento de la Enmienda Constitucional 29.
- Realización de la XI Conferencia Nacional de Salud en 2000 y de la I Conferencia Nacional de Vigilancia Sanitaria.
- Reforma Psiquiátrica.
- Política Nacional de Atención Básica.
- Política Nacional de Promoción de la Salud.
- Política Nacional de Salud Bucal “Brasil Sonriente” (Paim, 2003d; 2008).

Aunque tales iniciativas no hayan alterado significativamente la atención de la salud en Brasil, representan pasos importantes para la reestructuración del sistema de servicios de salud en el sentido de una mejora de la asistencia.

Diferencias regionales y particularidades

Los indicadores de oferta pueden contemplar la capacidad instalada (ambulatoria y hospitalaria) y los recursos humanos (profesionales de salud). En Brasil, persisten desigualdades en la infraestructura de la atención entre las diferentes regiones. Mientras el país contaba con una media de tres camas disponibles para el SUS, 2,1 en el sector privado y 1,4 médicos por 1.000 habitantes, la región Norte presenta los siguientes indicadores: 2,1 camas para el SUS; 1,2 camas en el sector privado; y 0,6 médicos por 1.000 habitantes, siendo cerca de la mitad de los valores exhibidos por la región Sudeste. En el caso de los odontólogos, las regiones Sudeste y CentroOeste exhiben valores cuatro veces superiores al Norte y dos veces al Nordeste. Y la distribución de los enfermeros es menos dispar, de modo que la región Nordeste dispone de valores similares al sur, mientras las regiones Norte y Centro-Oeste poseen indicadores superiores a la media nacional (Nunes *et al.*, 2001).

Entre 1999 y 2004, el número de médicos por 1.000 habitantes creció de 1,4 a 1,6 aunque con una distribución desigual: 2,2 en el Sudeste, 1 en el Nordeste y 0,8 en el Norte. Los enfermeros pasaron de 0,4 a 0,5 y los dentistas de 0,9 a 1 con diferencias regionales similares. En 2002, el 71% de los establecimientos de salud eran ambulatorios, de los cuales el 76% (35.086) eran públicos y, entre estos, el 73% (33.747) eran municipales. Menos del 15% de los establecimientos privados

sin internación eran contratados por el SUS. De estos 7.397 hospitales, 4.809 pertenecían al sector privado. Entre las 471.171 camas hospitalarias, 324.852 pertenecían al sector privado y 146.319 (31%) al sector público. Además de las camas del sector público, el SUS proporciona a la población el 83% de las camas del sector privado de modo que es posible estimar que el 88% de las camas existentes en el país puede estar siendo utilizado por el SUS. Entretanto, el 95% de los establecimientos de apoyo diagnóstico y tratamiento son privados y de estos apenas el 35% presta servicios al SUS. Se trata, por lo tanto, de una extrema dependencia del SUS en relación con el sector privado, cuando su deber es cuidar la vida y la salud de todos, individual y colectivamente (Paim, 2008).

Más allá de que la disponibilidad de tres camas vinculadas al SUS por 1.000 habitantes sea cercana al valor medio observado en la región de las Américas (2,9 camas por 1.000 habitantes) y por debajo de la media descripta para América del Norte (4 camas por 1.000 habitantes), se verifica una gran variación entre los estados brasileños, o sea, de 1,8 a 4,5 camas por 1.000 habitantes (Duarte *et al.*, 2002). En cambio, en relación con el número de unidades ambulatorias por 10.000 habitantes, se constata una distribución menos asimétrica (Nunes *et al.*, 2001). De este modo, la insuficiente infraestructura de establecimientos, servicios, equipamientos y de personal de salud, especialmente en las regiones Norte y Nordeste, refuerzan las dificultades de acceso de la población al SUS y perjudican su credibilidad. Estas desigualdades en la oferta se reproducen en el consumo diferenciado de servicios de salud. Aunque el consumo se produzca en función de las necesidades y del comportamiento de los individuos, también está condicionado por la oferta de servicios y recursos disponibles para la población como también por las formas de financiamiento (Travassos *et al.*, 2000; Neri & Soares, 2002).

En Brasil se han utilizado cinco indicadores de acceso/utilización de los servicios de salud, con periodicidad anual: internaciones hospitalarias del SUS cada 100 habitantes, consultas médicas del SUS por habitante, cobertura de vacunación DPT (3.^a dosis), cobertura de vacunación contra el sarampión (1.^a dosis) y cobertura de vacunación contra la poliomielitis (3.^a dosis). Así, en 1999, el país produjo 7,19 internaciones SUS cada 100 habitantes, 2,19 consultas SUS por habitante, y en coberturas de vacunación un 94,6% en la DPT, 99,5% en la antisarampionosa y 99,1% en la antipoliomielitis (Nunes *et al.*, 2001).

El análisis de las desigualdades geográficas y sociales en la utilización de servicios de salud indica una tasa general de utilización del 19,49 por 100.000 habitantes para la región Sudeste y de 13,01 en la región Nordeste en 1989, antes de la implementación del SUS. Con su implementación se redujo esa disparidad, pues en 1996/1997 las diferencias entre tales regiones dejaron de ser estadísticamente significantes (Travassos *et al.*, 2000).

Al analizar esas tasas de utilización en los grupos con y sin morbilidad, se constatan diferencias significativas desfavorables para el Nordeste. Cuando se introduce el ingreso al análisis como *proxy* de las condiciones sociales, se verifica una tendencia de disminución del acceso a los servicios de salud, que penaliza a los más pobres de ambas regiones. El porcentaje de búsqueda de atención en los últimos treinta días por quintil de ingresos crece progresivamente de 47,2% en el primero a 68,9% en el quinto quintil (Reis, 2001).

Una encuesta de opinión de carácter nacional, realizada por el Instituto Brasileño de Opinión Pública y Estadística en 1998, reveló que el 58% de los 2.000 entrevistados utilizaba el SUS de forma exclusiva o frecuente, el 22% lo hacía de forma eventual y apenas el 15% declaró no ser usuario del SUS, por consumir exclusivamente servicios particulares o por no utilizar servicios de salud. En este relevamiento, las diferencias regionales también fueron reveladoras: mientras que en el Nordeste el 51% de la población usaba el SUS de modo exclusivo, en el Sur el indicador correspondía al 32% y en el Sudeste al 33%. El SUS también era más utilizado de forma exclusiva en la mayoría de los municipios de pequeño (44%) y medio porte (41%) y en la población con menor escolaridad (70%) o con ingresos de hasta dos salarios mínimos (76%) (Reis, 2001).

Ya en 2002, los *no usuarios* del SUS decrecieron al 8,7%, lo mismo ocurrió con los *usuarios exclusivos*, que cayeron al 28,6%, lo que sugiere el uso en combinación con otras modalidades asistenciales. Los usuarios del SUS tienden a evaluarlo de forma más positiva que los no usuarios. Se constata entre los entrevistados, incluso, una satisfacción mayor en la medida en que aumenta la complejidad de los servicios utilizados (Brasil, 2003b).

En la Tabla 2, para el caso de la cobertura hospitalaria, puede verse que la región Sudeste exhibe una menor tasa de internación por el SUS. Por lo tanto, la reducción del 22,2% de internaciones por el SUS observada entre 1995 y 1999 (Nunes *et al.*, 2001) podría ser interpretada como una consecuencia de una medida administrativa para la contención de gastos asistenciales del sector público, eventualmente compensada por los gastos particulares vía planes de salud o como indicio de cambios en el modelo de atención, en la medida en que se amplían la asistencia ambulatoria y la atención básica, especialmente con la expansión del Programa de Salud Familiar.

En lo que respecta a las consultas médicas, se constata también en la Tabla 2 que el indicador utilizado presenta un gradiente creciente, que acompaña el desarrollo de las regiones, aunque la región Sur presente un valor inferior a aquel verificado en la Centro-Oeste. Entre 1995 y 1999, el número de consultas médicas por habitante creció en todas las regiones, de modo que el valor medio nacional pasó de 1,91 a 2,19 (Nunes

et al., 2001). Esta tendencia puede estar expresando la política de prioridad para la atención básica y el intento de revertir el modelo asistencial *hospitalocéntrico*.

La variable ingresos también influye en el acompañamiento médico. Más allá de que la existencia de problemas crónicos de salud (15,4% de la población) no varíe tanto entre los estratos de ingresos (12,3% entre los más pobres y 16,6% entre los más ricos), las diferencias se revelan en la asistencia. En el primer quintil (más pobre) el 54,7% de los portadores de enfermedades crónicas dispone de acompañamiento médico, mientras que en el quinto quintil (más rico) el porcentaje se eleva al 82,9%. Este último sector también concurrió a exámenes periódicos con mayor frecuencia (Reis, 2001).

Otros motivos de búsqueda de servicios de salud también guardan relación con los ingresos. Mientras los de menores ingresos presentaban un indicador del 7,0%, los de mayores ingresos correspondían prácticamente al doble (13,5%). Dos servicios revelan muy bien tales discrepancias: el *check up*, que varió entre 13,9% y 28,5%, y odontología, cuya búsqueda pasó de 1,8% en el primer quintil a 12,6% en el quinto quintil (Reis, 2001).

En otro estudio sobre desigualdades en la atención de la salud, además del número de médicos y de camas hospitalarias por 1.000 habitantes, se utilizó la razón de camas de unidad de terapia intensiva vinculados al SUS, el porcentaje de municipios que alcanzaron la meta de cobertura de la vacuna DPT y la proporción de pacientes atendidos por terapia renal sustitutiva. Así la cobertura de DPT podría indicar la situación de los procedimientos de

Tabla 2. Número de internaciones hospitalarias del SUS cada 100 habitantes y número de consultas médicas SUS por habitante según regiones, Brasil, 2000.

Región	Internaciones SUS	Consultas SUS*
Norte	7,37	1,48
Nordeste	7,70	1,95
Sudeste	6,41	2,55
Sur	8,02	2,00
Centro-Oeste	7,88	2,03
Brasil	7,19	2,19

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud de Brasil/Datasus (Nunes *et al.*, 2001).

SUS= Sistema Único de Salud.

*Datos de 1999.

baja complejidad, mientras que la terapia renal sustitutiva representaría un indicador de cobertura de procedimientos de alta complejidad que incluye hemodiálisis y trasplante renal (Duarte *et al.*, 2002).

En el caso de las camas de terapia intensiva disponibles para el SUS, la media nacional era de 6,8 camas por 100.000 habitantes mientras que la mayoría de los estados de la región Norte y Nordeste presentaban valores inferiores al nacional; entre ellos se destacaban negativamente Rondonia (0,5) y Bahía (1,3). En cuanto a la cobertura de DPT, cuyo cálculo se restringió a la vacunación de rutina para dar cuenta del acceso a la atención básica, las medianas de este indicador en las regiones Sur y Sudeste superaron el valor nacional, mientras que los valores medios regionales y estatales se comparan a los observados en los países desarrollados. Finalmente, en lo referente al indicador de cobertura de procedimientos de alta complejidad (TRS), en 2000, se verificó una tasa de 32 por 100.000 habitantes para el país, aunque la utilización esperada, según el Ministerio de Salud, debía ser de 40 por 100.000. Las tasas de todos los estados de las regiones Sur y Sudeste están cercanas o por encima de la media nacional. Sin embargo, las demás regiones presentan valores muy bajos para este indicador, al punto de que el Sudeste atiende cinco veces más pacientes que el Norte (Duarte *et al.*, 2002).

Estas disparidades regionales y particularidades examinadas en el presente tópico, además de señalar posibles relaciones entre las desigualdades de salud y las inequidades sociales (Neri & Soares, 2002), revelan:

...la multiplicidad de factores que interfieren en el patrón de consumo de los servicios de salud y su entrelazamiento perverso en Brasil, que resultan en un cuadro de desigualdades acumulativas que evidencian cuán distante se encuentra el sistema de salud del país de los principios igualitarios enunciados en su formulación. (Travassos *et al.*, 2000, p. 143)

Una visión crítica de las políticas en curso

Las políticas en curso se centran en las directrices y metas establecidas por el Ministerio de Salud desde 2003, tales como:

- Mejora del acceso, la calidad y la humanización de la atención de la salud: ampliación del acceso de la población a los servicios de salud.
- Combate al hambre: atención a las carencias nutricionales.
- Atención a grupos con necesidades de atención especial: atención de la salud del niño, de la mujer y de los ancianos. Prevención, control y asis-

tencia a los portadores de enfermedades de transmisión sexual y sida.

- Control del dengue y otras enfermedades endémicas y epidémicas. Combate a endemias y enfermedades transmitidas por vectores (prioridad al dengue y la malaria).
- Acceso a medicamentos: garantía de acceso a estos productos.
- Calificación de los trabajadores del SUS y de los trabajadores de la salud (Brasil, 2003d).

De este modo, el intento de revertir el *modelo de desatención* vigente a partir de proyectos que priorizan el acogimiento y la humanización, asegurando los derechos de los usuarios del SUS, puede ser considerado un *marcador* de esa voluntad política del Ministerio de Salud. Del mismo modo, el refuerzo de la atención básica con la expansión del Programa de Salud Familiar y la ampliación de los recursos del Piso de Atención Básica¹⁰, incluso para municipios con más de 100.000 habitantes, articulado a mayores transferencias para la atención especializada en hospitales públicos, expansión de los centros de atención psicosocial y de los servicios de urgencia y emergencia, ampliación de las acreditaciones para las unidades de terapia intensiva y apoyo a los hospitales universitarios federales, sugiere una concepción integral del sistema de servicios de salud.

Los hechos mencionados señalan redefiniciones relevantes en la política de salud, a pesar de la falta de indicaciones de cómo enfrentar la segmentación del sistema brasileño para mejorar el acceso, la equidad y la calidad de la atención de la salud. Aunque la limitación de los recursos presupuestarios no permita examinar la suficiencia de muchas de las medidas en relación con las necesidades insatisfechas acumuladas, éstas marcan cierta direccionalidad de la política. En ese sentido, la redefinición del modelo de atención y la búsqueda de acceso universal e integral a los servicios de salud podrán ser concretizadas mediante la reorganización de la atención básica articulada con la atención especializada, el desarrollo de la estrategia de la salud de la familia y la adopción a gran escala de la propuesta de vigilancia de la salud.

Actualmente, los artilugios efectuados en la elaboración de presupuestos y en la limitación de recursos restringen el financiamiento público, mientras las victorias de las operadoras de planes de salud junto al Poder Judicial amenazan cada vez más el acceso y la calidad de la atención de la salud. A pesar de este conjunto de problemas, no se puede minimizar la relevancia del

¹⁰ El Piso de Atención Básica corresponde a un valor per cápita que, sumado a las transferencias estatales y a los recursos propios de los municipios, debería financiar la atención básica de la salud (Brasil, 1988a).

almazón legal ya disponible ni descuidar los avances y conquistas obtenidos, incluso frente a coyunturas y fuerzas adversas.

Cabe recordar que la Constitución reconoce a la salud como un derecho de todos y como deber del Estado. En este sentido, asegurar el cumplimiento de este derecho y propiciar los medios para su concretización no es solo responsabilidad del gobierno o del Poder Ejecutivo, sino también de los poderes Legislativo y Judicial. Por lo tanto, las acciones y omisiones de los tres poderes constituyen políticas de salud, correspondiéndole a la sociedad analizar y acompañar este proceso para influir en su conducción, bajo pena de sufrir sus consecuencias más nefastas.

Esbozo de propuestas de alternativas políticas para la atención de la salud

La implementación del SUS en un período tan difícil (crisis fiscal, políticas de ajuste macroeconómico y reforma del Estado), respetando el federalismo brasileño diseñado por la Constitución de 1988, obligado a convivir con el modelo médico-asistencial privatista e interactuar constructivamente con la cultura política y los intereses partidarios, impone un elenco de desafíos para la atención de la salud en Brasil.

El Consejo Nacional de Salud ha formulado propuestas y estrategias, reunidas en once compromisos desde las elecciones presidenciales de 2002, con el objetivo de promover la integralidad y mejorar el acceso y la calidad de las acciones y servicios de salud. A saber:

- Construcción de la equidad.
- Adecuar la oferta de servicios de salud a las necesidades y prioridades de la población.
- Explicitar las responsabilidades y atribuciones en la definición de las necesidades de la población por parte de los servicios del SUS.
- Implementación del carácter de puerta de entrada de los servicios de atención básica a la salud.
- Reordenamiento organizacional y programático de los servicios de media complejidad, según la racionalidad del SUS.
- Realización de inversiones estratégicas y utilización de la capacidad instalada.
- Reestructuración de los programas y proyectos federales especiales.
- Planificación de la oferta y de la remuneración de los servicios.
- Ampliación del financiamiento y reestructuración del presupuesto.

- Reorientación de la política de recursos humanos del Sistema Único de Salud.
- Construcción del Sistema Único de Salud como expresión de la salud pública y su responsabilidad regulatoria (Conselho Nacional de Saúde, 2002, p. 297).

Dentro de esta perspectiva se propuso también el fortalecimiento de un sistema de vigilancia de la salud, con articulación entre los centros de epidemiología y de vigilancia sanitaria, y la reestructuración del sistema de ciencia y tecnología de la investigación, desarrollo y difusión de innovaciones en salud, orientado por una agenda de prioridades (Cebes/Abrasco, 2002).

Así, la complejidad del sistema de salud brasileño (Brasil, 2003c) —compuesto por diversos mercados que atraviesan diferentes prestadores que muchas veces compiten mediante remuneraciones distintas por servicios de un mismo hospital— exige la colecta sistemática de datos y la realización de investigaciones para el seguimiento y evaluación de las políticas de salud. En ese contexto, la atención de la salud se torna un objeto privilegiado de investigación y, como tal, pasible de ser incluido en la agenda de las políticas científicas y tecnológicas en salud.

Un paso preliminar para la construcción de esta agenda consiste en identificar los problemas del estado de la población que componen el perfil epidemiológico y los problemas relacionados con la atención de la salud, que incluyen el cuidado, las prácticas, los servicios, las instituciones y los sistemas de salud. Muchos de estos problemas pueden ser descritos y explicados al momento de analizar la situación de salud a nivel nacional, estatal y municipal. Una parte de ellos requiere la presentación de propuestas para su análisis y formulación, aunque no necesariamente a través de la investigación científica. En ese caso, además de la decisión política y técnica de incluir en la agenda un determinado problema, intervenir en la situación y movilizar recursos y voluntades para su superación, cabe seleccionar tecnologías efectivas y aceptables (Vieira da Silva, 2000).

En la propia formulación de un plan de salud, para resolver cada problema, ya sea del estado de salud o de los servicios de salud, se pueden reunir las tecnologías y saberes disponibles, los conocimientos obtenidos mediante síntesis de investigaciones y las lagunas que exigen producción de nuevos conocimientos. La institucionalización de la planificación en salud, dentro de esta perspectiva, correspondería a una de las vías de definición de prioridades en investigación en la medida en que aportaría a las instituciones de ciencia y tecnología un elenco de demandas relevantes para la solución de problemas actuales y potenciales. Otra vía podría ser recurrir a estrategias de aproximación entre gestores e investigadores que contemplen la constitución de un

comité mixto, la definición de una agenda preliminar, la discusión de cuestiones formuladas por los gestores referentes a las prenaciones y la *experiencia desarrollada*, la recomendación de síntesis de investigaciones y de investigaciones originales (Vieira da Silva, 2003).

Al tener en cuenta los principales problemas coyunturales del sistema de salud, destacados en el período posterior a la promulgación de la Constitución de 1988, se pueden plantear las siguientes líneas de investigación:

- Análisis de situaciones de salud según condiciones, estilos y modos de vida.
- Características y desarrollo del sector privado (relaciones público-privado).
- Dimensión y significado del proceso de municipalización.
- Desarrollo y evaluación de propuestas innovadoras de modelos asistenciales.
- Evaluación de prácticas, programas y sistemas de salud: eficacia, efectividad, eficiencia, calidad, satisfacción/percepción de los usuarios, accesibilidad, equidad, cobertura y análisis de implementación de programas (Vieira da Silva, 2000, p. 860).

La expansión del Programa de Salud Familiar, el desarrollo de la vigilancia de la salud y la formulación de políticas intersectoriales representan nuevas oportunidades de investigación sobre accesibilidad, calidad, equidad y efectividad del sistema de servicios de salud. En este sentido, resulta necesario perfeccionar los sistemas de información del país con el fin de producir indicadores desagregados de salud y de utilización de servicios según estratos sociales, condiciones de vida y diferencias de raza, tal como ha sido realizado hace casi un siglo en países desarrollados. Las desigualdades raciales verificadas en Brasil requieren más investigaciones concretas para orientar mejor a los formuladores de políticas públicas de salud (Heringer, 2002). Por lo tanto, “mientras las estadísticas oficiales producen datos que homogeneizan artificialmente la realidad, la descripción de la situación actual y de la evolución de las desigualdades se constituyen en producción de conocimiento relevante” (Vieira da Silva, 2003, p. 5).

Además del análisis permanente de los datos secundarios producidos por los sistemas de información disponibles, particularmente vinculados a las bases de datos del SUS y del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, cabe discutir la oportunidad y relevancia de la realización de encuestas poblacionales sobre acceso y utilización de servicios de salud, como se ha verificado en diversos países. El conocimiento producido podrá contribuir a la

regulación pública por parte del SUS y de sus agencias (Agencia Nacional de Salud Suplementaria y la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, en el caso del Ministerio de Salud) y para la “construcción de mecanismos capaces de crear mayor solidaridad en la contribución financiera necesaria para el mantenimiento de un sistema universal, en el cual el consumo sea orientado por las necesidades y no por la capacidad de compra de los individuos” (Travassos *et al.*, 2000, p. 148).

La producción de metodologías y de indicadores para monitorear las desigualdades de salud y de condiciones de vida representa, en consecuencia, una de las tareas de las universidades, centros de investigación y sistemas de vigilancia, de modo que puedan orientar la formulación y la implementación de políticas públicas que reduzcan las inequidades (Mello-Jorge *et al.*, 2001; Travassos *et al.*, 2000; Nunes *et al.*, 2001; Duarte *et al.*, 2002). En cuanto a la calidad de la atención, merece investigaciones especiales, tanto en lo referente a su dimensión técnica y ética como al acogimiento y a la satisfacción de las personas.

Dentro de esa perspectiva, algunas preguntas podrán trazar grandes líneas de propuestas para las políticas y sistemas de servicios de salud: ¿cómo formular políticas específicas de salud que contemplen la integralidad? (Mattos, 2003); ¿cómo incorporar tecnología efectiva sin propiciar aumentos exponenciales de costos?; ¿cómo utilizar el poder de regulación del SUS para la adquisición de insumos, evaluación y vigilancia tecnológica de procedimientos y equipamientos como también la prestación de servicios?; ¿cómo asegurar la calidad y efectividad de la atención de la salud, aun en situaciones de restricción de gastos públicos?; ¿cómo regular con eficacia la calidad y la integralidad de la atención de la salud proporcionada por el Sistema de Atención Médica Suplementaria?

Independientemente de las políticas de racionalización, que puedan contribuir a mejorar la utilización de los recursos existentes, Brasil necesita inversiones para la instalación de equipos y de unidades de salud, tanto en determinadas áreas de los grandes centros urbanos como en los pequeños y medianos municipios, particularmente en las áreas rurales.

Comentarios finales

Si consideramos las desigualdades en salud como uno de los principales macroproblemas de la actualidad para las políticas públicas de salud en Brasil, se debe emprender un significativo esfuerzo teórico-conceptual para separar este problema de otros objetos preconstruidos, como la disparidad, inequidad, diferencia, distinción, etc. (Vieira da Silva, 2003), y también para

su descomposición y especificación en otros más precisos a los fines de investigaciones e intervenciones concretas. En ese recorrido, se pueden destacar algunas propuestas preliminares:

- Reforzar el estudio de la distribución espacial de los problemas de salud para identificar a los grupos más vulnerables para la adopción de políticas públicas. Tales investigaciones sobre desigualdades en salud pueden recuperar los estudios ecológicos de la epidemiología y, de esta manera, revelar el carácter desigual de la distribución espacial de determinados eventos, conformar *mapas de riesgo* y brindar una mayor atención a las respectivas poblaciones vulnerables con la formulación de políticas públicas específicas. El registro amplio de los individuos y familias para la tarjeta del SUS, la organización de distritos sanitarios en ciudades, el uso del geoprocetamiento y de técnicas de análisis espacial (Najar & Marques, 1998) son acciones técnicas que facilitan la atención de la salud y, simultáneamente, requieren de investigación científica para su refuerzo.
- Testear modelos de atención, epidemiológicamente orientados o referenciados por la concepción actual de promoción de la salud (Brasil, 2002b), por ejemplo, oferta organizada mediante acciones programáticas y de vigilancia de la salud que contemplen determinantes estructurales socioambientales, riesgos y daños. Estos modelos son compatibles con la acción intersectorial sobre el territorio y privilegian la intervención, bajo la forma de operaciones, en los problemas de salud que requieren atención y acompañamiento continuos. La propuesta referente a las ciudades saludables puede potenciar el Programa de Salud Familiar frente a su compatibilidad con la vigilancia de la salud (Paim, 2003c).
- Investigar las restricciones financieras impuestas a la expansión del sector público de salud y la segmentación del sistema de salud brasileño, basado en el precepto constitucional según el cual la salud es libre a la iniciativa privada. Cabría, entonces, analizar las posibilidades de regulación de la atención de la salud del sector privado mediante la reglamentación de la Ley Orgánica de Salud y la Ley 9656/98, y promover estudios para la elaboración de un proyecto de ley que regule el mercado de las modalidades asistenciales que no son del SUS (Paim, 2003b).
- Avanzar en las investigaciones sobre evaluación de prácticas, servicios, instituciones y sistemas de salud, enfatizando la dimensión *calidad* y la articulación entre epidemiología y planificación (Paim, 2003a).

Por último, se puede vislumbrar un conjunto de investigaciones en el campo de la Salud Colectiva cuyos conocimientos producidos (teóricos, metodológicos, operativos y tecnológicos) contribuyan a la formulación, implementación y evaluación de políticas de salud; la comprensión del funcionamiento del mercado en salud; la explicación de las relaciones entre el Estado, las organizaciones, el mercado y la sociedad; el diseño de sistemas de servicios de salud, organizaciones y modelos de atención que contemplen la integridad, la descentralización, la regionalización, la participación y equidad y la intersectorialidad; la identificación de pautas culturales y representaciones sociales de segmentos de la población (adolescentes, ancianos, negros, indios, etc.) vinculados al complejo promoción-saludenfermedad—cuidado tanto en relación con la utilización de servicios como con la comunicación en salud—y diseño, innovación y experimentación de formas alternativas de gestión.

Las propuestas mencionadas pueden facilitar la construcción de una agenda común entre gestores, investigadores y ciudadanos, al crear:

...las condiciones para que, de forma permanente, el sistema de salud se aproxime más a los individuos, se torne más humano, solidario y, sobre todo, más resolutivo. Principios como territorialidad, vínculo, continuidad, planificación local, promoción de la salud, están cada vez más presentes en las pautas y agendas no solo de los técnicos, sino también de los movimientos sociales vinculados al sector. (Campos, 2003, p. 570)



Capítulo 2

Gestión de la atención básica de la salud en las ciudades¹

Este capítulo presenta una breve revisión de las nociones de *atención primaria de la salud* y de *atención básica de la salud*, teniendo como referencia las políticas de salud implementadas en Brasil en las últimas décadas. Su objetivo es discutir algunas cuestiones vinculadas con la gestión de la atención básica de la salud en las ciudades y con ciertas propuestas para su consolidación en el Sistema Único de Salud.

Las reflexiones elaboradas no derivan de la experiencia de un gestor ni de un estudio de caso de una ciudad cuya gestión de la atención básica haya sido considerada ejemplar o problemática. No se trata, por lo tanto, de la visión de un técnico municipal o de un urbanista con un enfoque integral sobre el espacio urbano. El abordaje desarrollado a partir del campo disciplinario de la política de salud busca contemplar el encuentro de dos ejes: uno vertical, que corresponde a la formulación e implementación de políticas públicas de carácter nacional, en el que la conducción del SUS adquiere relevancia en función de la Constitución de 1988 y de la legislación federal (Conasems, 1990), aunque mediada por los pactos construidos a través de los instrumentos normativos (Brasil, 1993a; 1996; 2001c; 2002b; 2006a); y un eje horizontal, volcado al análisis de la situación de salud de las ciudades y posibles intervenciones, que considere la heterogeneidad del espacio urbano y la diversidad de las condiciones de vida de sus habitantes.

Desde esta perspectiva, las intervenciones referentes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las poblaciones que ocupan distintos territorios son pensadas en la confluencia de esos dos ejes. El

¹ Texto originalmente publicado en: Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). *Saúde nos aglomerados urbanos, uma visão integrada*. Elias Rassi Neto & Cláudia Maria Borgus (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003, p. 183-212 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3). Revisado y actualizado para esta edición en español.

encuentro puede ser representado por modelos de atención compatibles con la integración de esos ejes (política nacional de salud y análisis de la situación de salud en las ciudades) y disponibles para la gestión de la atención básica, como por ejemplo las propuestas de vigilancia de la salud, salud familiar y ciudades saludables. De este modo, se busca “articular la dimensión política con las instancias de decisión sobre la producción, distribución y organización asistencial, en el espacio donde tales políticas se concretizan: los servicios locales de salud” (Bodstein, 1993, p. 9).

Aspectos conceptuales

A partir de la difusión del cuerpo doctrinario de la atención primaria de la salud, tres concepciones distintas han fundamentado las políticas y prácticas de salud en Brasil: a) Atención primaria de la salud como programa de medicina simplificada o *atención primitiva de la salud* (Testa, 1992); b) Atención primaria de la salud como nivel de atención-primer nivel, atención de primera línea o *atención primera y básica* (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 1996); c) Atención primaria de la salud como componente estratégico de la propuesta “Salud para todos en el año 2000” (OPS, 1990).

La atención primaria de la salud ha sido, también, reconocida como espacio táctico-operacional de reorientación de sistemas de servicios de salud mediante la implementación de distritos sanitarios (*distritalización*) y como oportunidad de experimentación de modelos asistenciales alternativos congruentes con las necesidades de salud y con el perfil epidemiológico de la población (Mendes, 1990). Para David Tejada de Rivero (1992), es importante destacar lo que *no es* atención primaria de la salud:

No es una forma primitiva, empírica y elemental de atención –cuidado de segunda o tercera categoría para los pobres– sustentada solamente en tecnologías que no incorporan los mayores avances del desarrollo científico.

No es una acción exclusiva de los servicios de salud o de instituciones del sector, ni es un programa independiente y paralelo a las demás actividades de salud.

No es un nivel de atención dentro de un sistema de servicios de salud, ni se reduce a lo que podría considerarse como el nivel más periférico.

No se reduce a la utilización de personal no profesional, ni puede circunscribirse a miembros de la comunidad capacitados para prestar una atención elemental (Tejada de Rivero, 1992, p. 174).

Al concebir la atención primaria de la salud como *estrategia*, este autor destaca sus principios fundamentales (participación, descentralización, acción multisectorial y tecnología apropiada), y, a la vez, rechaza la idea de “una cortina de humo paliativa y tendiente a postergar reivindicaciones sociales en una sociedad donde existen grandes desigualdades e injusticias” (Tejada de Rivero, 1992, p. 174). En el ámbito internacional, la *atención primaria* ha sido definida como “aquel nivel de un sistema de servicios de salud que ofrece la entrada en el sistema para todas las nuevas necesidades y problemas” (Starfield, 2002, p. 28).

Algunos autores brasileños, al objetar también la concepción de *atención primaria de la salud* como asistencia simplificada y de bajo costo para problemas simples de gente pobre, enfatizan que las demandas en este nivel “exigen, para su adecuada comprensión y efectiva transformación, una sofisticada síntesis de saberes y una compleja integración de acciones individuales y colectivas, curativas y preventivas, asistenciales y educativas” (Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996, p. 36). En el ámbito oficial, el Ministerio de Salud ha utilizado la expresión *atención básica*, tal vez para evitar la confusión con la concepción de *atención primaria de la salud* correspondiente a la denominada *atención primitiva* de la salud. Y define a la *atención básica* como “un conjunto de acciones, de carácter individual o colectivo, situadas en el primer nivel de atención de los sistemas de salud, volcadas a la promoción de la salud, prevención de daños, tratamiento y rehabilitación” (Brasil, 1998b, p. 11). Y admite que “la ampliación de ese concepto resulta necesaria para avanzar en dirección a un sistema de salud centrado en la calidad de vida de las personas y de su medio ambiente” (Brasil, 1998b, p. 11).

De este modo, se constata un movimiento en defensa de la atención básica de la salud como *primer nivel de atención* y como *estrategia de reorientación* del sistema de salud. Se puede concluir que la opción política expresada en el discurso oficial reconoce al término *básico* en su connotación de fundamental, primario o primordial y no como elemental, simple o reducido, que es el modo en que el sentido común se refiere a la *canasta básica* de alimentos.

Esto significa que la gestión de la atención básica, al mismo tiempo que administra ese primer nivel del sistema de servicios de salud, debe conducir la estrategia de reorientación de todo el sistema en busca de una actuación intersectorial. Se trata, por lo tanto, de una administración estratégica, que requiere del diseño de instrumentos que permitan identificar todos los conjuntos sociales y los problemas de salud, la atención de la población que vive en su área de intervención, la gerencia de todos los recursos que se encuentren en esa área, además de la capacidad técnica, el

poder de decisión, la democratización y la participación social ampliada a nivel local (OPS & OMS, 1992a).

La gestión de la atención básica, desde esta perspectiva, puede ser entendida como una:

...forma de relacionar los problemas y necesidades en salud de los conjuntos sociales que viven en espacios geográficos delimitados con los conocimientos y recursos, institucionales y comunitarios, de modo tal que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales de acción, destinar recursos y conducir el proceso hasta la resolución o control del problema. (OPS & OMS, 1992a, p. 48)

La gestión de la atención básica en las ciudades, a su vez, implica examinar el espacio urbano utilizando como categoría de análisis no el territorio como elemento físico, sino el territorio-proceso o el *territorio utilizado* (Santos & Silveira, 2001). Como advierten estos autores, “cuando queramos definir cualquier pedazo del territorio, deberemos tener en cuenta la interdependencia y la inseparabilidad entre la materialidad, que incluye la naturaleza, y su uso, que incluye la acción humana, es decir, el trabajo y la política” (Santos & Silveira, 2001, p. 247). Por lo tanto, el carácter histórico de ese espacio lo transforma en un *territorio vivo* en el que se expresan intereses, división del trabajo, radicación de capitales, movimientos sociales, residencias de personas, tiempo libre, cultura y poderes diversos. Y el carácter estratégico de la gestión de la salud en el nivel local busca dar cuenta no solo de la acción humana como trabajo y política, volcada al éxito, sino también de la acción comunicativa, orientada al entendimiento y a la intersubjetividad (Rivera, 1995; Gallo, 1995).

Dentro de esa perspectiva, las *oficinas de territorialización* que permitan recuperar fragmentos de la historia y de la cultura de grupos sociales que ocupan diferentes lugares del espacio urbano (Vilasbôas, 1998) y las *oficinas de trabajo* que posibiliten realizar análisis de la situación de salud, formular propuestas (Bahía, 1987) y elaborar un presupuesto participativo, constituirán, además de tecnologías de gestión, momentos de sociabilidad e invención de nuevos modos de pensar y actuar en salud.

Al considerar las características de la urbanización brasileña, cabe destacar la creación de la pobreza (Santos, 1993) y, en tiempos de globalización, pensar las ciudades implica reconocer los nuevos pobres en medio de la nueva riqueza:

...se amplía la variedad de tipos económicos, culturales, religiosos y lingüísticos, se multiplican los modelos productivos, de circulación y de consumo, según calificaciones y cantidades, y también aumenta

la variedad de situaciones territoriales. [...] En esas condiciones, la metrópolis está siempre rehaciéndose: en la forma, en la función, en el dinamismo y en el sentido. Esa riqueza de lo inesperado constituye la posibilidad de construcción de nuevos futuros. (Santos & Silveira, 2001, p. 287)

Esta perspectiva dialéctica de contemplar el desarrollo urbano debe servir de referencia para concebir formas alternativas de gestión de la atención básica en áreas metropolitanas.

Contextualización

La atención primaria de la salud pasó a tener más visibilidad política en Brasil a partir de la VII Conferencia Nacional de Salud, realizada en 1980. Antes de ese evento, la atención primaria de la salud se restringía a las experiencias de la medicina comunitaria y de los programas de extensión de cobertura de las décadas de 1960 y 1970 (Paim, 2002).

La VII Conferencia Nacional de Salud, cuyo tema central fue “Extensión de las acciones de salud a través de los servicios básicos” (Conferência Nacional de Saúde, 1980), representó un momento privilegiado para la discusión de las propuestas de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (Brasil, 2001b). Contó, incluso, con la presencia del director general de la Organización Mundial de la Salud que, al referirse a cuestiones planteadas en Alma-Ata, les preguntó a los participantes: “¿Estarían dispuestos a introducir, si fuera necesario, cambios radicales en el actual sistema de prestación de servicios de salud que sirvan como base adecuada a la atención primaria de la salud como principal prioridad?” (Mahler, 1980, p. 14). En aquella oportunidad, el gobierno federal anunció la creación del Programa Nacional de Servicios Básicos de Salud con el fin de integrar el Ministerio de Salud con el de Previsión Social en la prestación de servicios, junto con las secretarías estatales y municipales de salud.

A pesar de que el Programa Nacional de Servicios Básicos de Salud no haya sido implementado, parte del cuerpo doctrinario de la atención básica de la salud continuó inspirando en Brasil ciertas políticas de salud, como por ejemplo los programas especiales del Ministerio de Salud, además de los intentos de descentralización de los servicios de salud en la década de 1980, entre los que se destacan las Acciones Integradas de Salud. Frente a las limitaciones de esas iniciativas, la atención básica no fue enfatizada en las propuestas elaboradas durante la VIII Conferencia Nacional de Salud en 1986 (Paim, 2002).

Con la implementación del Programa de Agentes Comunitarios de Salud a inicios de la década de 1990 (Brasil, 1993b), la atención primaria de la salud retornó a la agenda política. El Programa de Agentes Comunitarios de Salud, un programa especial que nació durante el gobierno de Fernando Collor de Mello, tenía como finalidad extender la cobertura de acciones de salud a las poblaciones rurales y a las periferias urbanas volcándose, especialmente, al grupo materno-infantil (Brasil, 1994a). En aquella época, fue criticado por traducir una política de focalización prescrita por organismos internacionales, además de ir a contramano de la construcción del Sistema Único de Salud universal, igualitario e integral. A partir de 1993, el programa amplió sus objetivos para que el agente comunitario fuera capaz de articular los servicios de salud con la comunidad; incluía, entre sus atribuciones, el desarrollo de acciones básicas de salud y actividades de carácter educativo en los niveles individual y colectivo (Brasil, 1994b).

En la segunda mitad de la década de 1990, el Programa de Agentes Comunitarios de Salud fue acoplado al *Programa Salud Familiar*, mientras, el gobierno federal lanzaba el documento “1997: el año de la salud en Brasil”, en el que se destacaba la prevención y se hacía énfasis en la atención básica (Brasil, 1997). La implementación de la Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud en 1996 y la adopción del piso de la atención básica posibilitaron reforzar la atención básica y la expansión del Programa de Salud Familiar (Brasil, 1998a). La Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud de 1996 preveía dos formas para la habilitación de los municipios junto al Sistema Único de Salud: gestión plena de la atención básica y gestión plena del sistema municipal (Brasil, 1998a).

El Programa Salud de la Familia fue orientado a la atención básica e implementado a través de equipos volcados a una población adscripta de 600 a 1.000 familias. Estos equipos estaban compuestos por médicos, enfermeros, auxiliares y agentes comunitarios, a los que se podrían sumar odontólogos, asistentes sociales, psicólogos, etc. (Brasil, 1998b). A partir de la Norma Operacional de Asistencia a la Salud de 2001, las principales responsabilidades de la atención básica atribuidas a los equipos de salud familiar fueron: acciones de salud del niño y de la mujer; control de hipertensión, diabetes y tuberculosis; eliminación de la lepra; y acciones de salud bucal (Brasil, 2001c).

La atención básica en las políticas del Ministerio de Salud

La discusión sobre gestión de la atención básica y los modelos de atención han asumido, progresivamente, cierta relevancia en la formulación de políticas de salud en Brasil. Así, la Norma Operacional Básica de 1996 concebía al SUS como “un modelo de atención centrado en la calidad de vida de las personas y de su medio ambiente, como también en la relación del equipo de salud con la comunidad, especialmente con sus núcleos sociales primarios: las familias” (Brasil, 1998a, p. 12). Además de propugnar acciones intersectoriales, esa norma defendía por un lado “la transformación de relación entre el usuario y los agentes del sistema de salud (restableciendo el vínculo entre quien presta el servicio y quien lo recibe) y, por otro, la intervención ambiental, para que se modifiquen los factores determinantes de la situación de salud” (Brasil, 1998a, p. 13).

Luego de implementado el Piso de Atención Básica, que contenía un valor fijo y una parte variable destinada al incentivo de intervenciones (como las Acciones Básicas de Vigilancia Sanitaria, el Programa de Agentes Comunitarios de Salud/Programa de Salud Familiar, el Programa de Combate a las Carencias Nutricionales, la vigilancia epidemiológica, etc.), el Ministerio de Salud estableció orientaciones para la organización de la atención básica, a través de la Resolución 3925/GM del 13 de noviembre de 1998 (Brasil, 1998a).

En este sentido, el Programa de Salud Familiar fue visto como una estrategia para reorientar el modelo de atención, además de constituir la puerta de entrada al sistema municipal de salud. Prevé la participación de la comunidad en colaboración con los equipos en la discusión de los problemas de salud, la definición de prioridades, el seguimiento y la evaluación. Postula como un error el hecho de ser pensado como un servicio paralelo, con equipos responsables solo de las visitas domiciliarias y actividades colectivas o individuales de prevención de enfermedades, “mientras que la asistencia curativa continúa bajo la responsabilidad de otros profesionales del modelo anterior” (Brasil, 2001a, p. 60).

En la evaluación de la implementación y funcionamiento del Programa de Salud Familiar, se constató que el 71% de los coordinadores estatales considera al programa como una estrategia de reorganización de la atención básica, aunque con ciertas limitaciones: falta de entendimiento de los gestores, alta rotación de los secretarios municipales y estatales de salud; precariedad de las condiciones de trabajo y de los vínculos laborales, deficiente infraestructura de las unidades de salud familiar; doble empleo público-privado de médicos; insuficiencia de profesionales; formación inadecuada y dificultad institucional de absorber el nuevo modelo (Brasil, 2000b).

En diciembre de 2008 ya se habían implementado 29.057 equipos de salud familiar en 5.220 municipios, que abarcaban el 49,5% de la población (Brasil, 2010). El análisis de la implementación del Programa de Salud Familiar como política pública sugiere perspectivas promisorias, aunque se hayan verificado las dificultades relacionadas con las restricciones del financiamiento y las ambigüedades de los diferentes gobiernos. A pesar de la precariedad de las relaciones de trabajo, algunos estudios señalan un compromiso de los profesionales con el Programa de Salud Familiar “asociado a sentimientos de satisfacción social, apego, involucramiento vinculado a razones morales, cuando consideran su trabajo una actividad de responsabilidad social, un deber a ser cumplido” (Scaldeferri, 2000).

Según Silva (2002), otros reconocen el Programa de Salud Familiar como una “propuesta contrahegemónica en maduración” que presenta fragilidades. Esta autora realizó un análisis de la naturaleza de las actividades de los equipos del Programa de Salud Familiar, tanto de planificación y gestión como de promoción, protección, asistencia y rehabilitación de la salud. La investigación señaló los avances alcanzados por el Programa de Salud Familiar en el caso del municipio de Vitória da Conquista (Bahía), en lo referente a la realización de actividades vinculadas al control de riesgos y de daños, y a la insuficiencia de las acciones de control de las causas de los problemas de salud. Por lo tanto, las acumulaciones sociopolíticas y la *pedagogía del ejemplo* de esta iniciativa, a pesar de sus percances, parecen contribuir, a través de la acción política, a la reorientación del sistema y a la redefinición de las prácticas de salud (Goulart, 2002).

Gestión de la atención básica

La gestión de la atención básica ha utilizado un conjunto de herramientas resultantes de normas técnicas y administrativas emanadas de la dirección nacional del SUS, que en su mayoría fueron pactadas con las instancias estatales y municipales a través de la Comisión Intergestores Tripartita. A partir de esas iniciativas, se han propuesto algunos instrumentos y procedimientos, como el registro y la implementación de la tarjeta SUS, la inscripción de clientes, la referencia para la asistencia de media y alta complejidad, el seguimiento, la evaluación, además de la expansión de la Estrategia de salud familiar (Brasil, 2000a; Saúde Brasil, 2003).

De acuerdo con la Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud de 1996, los municipios tendrían responsabilidades en la gestión de la atención básica, tales como: el desarrollo de métodos e instrumentos de

planificación y gestión, que incluyan los mecanismos de referencia y contra-referencia de pacientes; la coordinación y operacionalización del sistema municipal de salud; el desarrollo de mecanismos de control y evaluación; desarrollo de acciones básicas de vigilancia sanitaria; administración y desarrollo de recursos humanos para atención básica; fortalecimiento del control social en el municipio (Brasil, 2000a).

La Norma Operacional de Atención de la Salud de 2001 actualizó las condiciones de gestión de la Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud de 1996: definió prerrogativas de los gestores municipales y estatales, propuso la formulación del plano rector de la regionalización y la calificación de las microrregiones en la asistencia a la salud, además de recomendar la organización de los servicios de media y alta complejidad. Asimismo, existe el Pacto de Indicadores de la Atención Básica que permite, desde 1999, la realización de una especie de *contrato de gestión*, pautado en indicadores seleccionados y en negociación de metas, como también el establecimiento de procesos sistemáticos de seguimiento y evaluación. De este modo, dicho pacto “inaugura en el cotidiano de la gestión del SUS una nueva práctica que vincula a la organización de acciones y servicios de salud con el análisis del desempeño de indicadores de salud seleccionados” (Brasil, 2000a, p. 2), orientado a mejorar la calidad de la atención de la salud. Al definir las responsabilidades de cada una de las instancias gestoras, el Pacto de Indicadores de la Atención Básica se integra a la Programación Pactada Integrada, que pretende “establecer de forma coherente y articulada una nueva manera de conducir la gestión del SUS” (Brasil, 2002b, p. 18). Este pacto, con sus respectivos indicadores, ha sido renovado cada año mediante resoluciones (Resolución 779 del 14/7/2000). Además, ha sido discutida con estados y municipios la Agenda Nacional de Salud².

La Norma Operacional de Asistencia a la Salud de 2002 mantuvo las dos modalidades de habilitación previstas por la Norma Operacional de 2001 para la gestión de los municipios: gestión plena de la atención básica ampliada y gestión plena del sistema municipal (Brasil, 2001c; 2002b). Actualmente, el Pacto de Gestión mantiene la Programación Pactada Integrada (Brasil, 2006a), pero busca superar los mecanismos de habilitación de estados y municipios, mediante acuerdos sobre responsabilidades sanitarias entre los entes federativos.

El desarrollo de esas herramientas parece constituir pasos relevantes para la gestión de la atención básica de la salud (Sampaio, 2003). Sin embargo,

² La Agenda establece los siguientes ejes prioritarios de intervención: a) reducción de la mortalidad infantil y materna; b) control de enfermedades y daños prioritarios; c) reorientación del modelo asistencial y descentralización; d) mejora de la gestión, del acceso y de la calidad de las acciones y servicios de salud; e) desarrollo de recursos humanos del sector salud (Brasil, 2001d).

la utilización de todas las potencialidades de esas tecnologías de gestión depende, en parte, de la capacitación técnica de los equipos municipales y del compromiso político de los dirigentes en relación con el SUS.

Análisis de la situación actual de la gestión de la atención básica en las ciudades

No obstante los esfuerzos mencionados en el tópico anterior, la gestión de la atención básica encierra un conjunto de problemas que exigen el análisis y la búsqueda de soluciones³. El hecho de que la asistencia hospitalaria/urgencia/emergencia haya ganado mayor preeminencia, dada la visibilidad que adquiere en los medios en función de pacientes graves sin acceso al sistema, no debe oscurecer los desafíos planteados para la gestión de la atención básica.

En este sentido, merecen ser mencionadas cuestiones referentes a la complejidad del perfil epidemiológico, los recursos humanos (relaciones de trabajo, calificación, compromiso, remuneración, etc.), la gestión participativa, el financiamiento, la intersectorialidad, la equidad y la eficiencia, entre otras. A pesar de la relevancia de estos desafíos, al discutir la situación brasileña se destacan tres problemas: el desprestigio del análisis de la situación de salud, el sesgo de la planificación agregada y normativa y la segmentación del sistema de salud. Aunque tales problemas no estén a la misma altura política de aquellos desafíos, sin embargo, tienen la posibilidad de dialogar con ellos, de modo que las posibles soluciones encontradas por alguna de las partes podrían influenciar el todo.

Desprestigio del análisis de la situación de salud

El análisis de la situación de salud corresponde al momento explicativo del proceso de planificación/gestión. A partir de ese momento, se pueden identificar los problemas de salud (riesgos y daños), examinar el perfil demográfico y sus tendencias, realizar el balance entre demanda y oferta de servicios de salud y discutir las necesidades de la situación actual. La explicación de los problemas y

³ En ese sentido, no se puede olvidar la gran variedad de ciudades brasileñas. El país posee más de 5.500 municipios con gran diversidad de extensión, de población y de condiciones socioeconómicas. Si fuesen consideradas solo las ciudades con más de 100.000 habitantes, pasaron de ser 12 en 1940, a 101 en 1980 y 175 en 1996 (Santos & Silveira, 2001, p. 205).

la búsqueda de los determinantes de las necesidades de salud confieren mayor racionalidad al análisis de la situación, ofrecen elementos para la configuración de pronósticos o escenarios (Knox, 1981) y permiten vislumbrar ciertas oportunidades para la acción. A pesar de los esfuerzos dispersos de institucionalización de la planificación como herramienta de gestión (Paim, 2002) y de la exigencia legal de elaboración de planes municipales de salud, se constata un progresivo desprestigio del análisis de la situación de salud.

De este modo, las necesidades de salud que requieren acciones individuales y colectivas que apunten a la prevención y al control de enfermedades y daños, como también la de protección y promoción de la salud, no han sido dimensionadas para planificar y organizar mejor la atención básica. Los problemas de salud que constituyen la demanda por servicios ambulatorios, de apoyo diagnóstico y terapéutico, urgencia/emergencia y asistencia hospitalaria han sido poco investigados para orientar la oferta. Por lo tanto, las enfermedades y daños que se distribuyen en la población no siempre son considerados para establecer prioridades o incluso para fundamentar las intervenciones. La utilización de la epidemiología en la planificación de la atención de la salud pasa a ser superflua, tan solo cumple el ritual de presentar ciertos indicadores en el capítulo de diagnóstico de los planes de salud. Las recientes propuestas de elaboración de agendas de salud (nacional, estatal y municipal) aún no modificaron tal situación.

La ausencia de un sistema de información que provea los indicadores de necesidades y cobertura/utilización de servicios de salud restringe el análisis de los problemas. La inexistencia de indicadores que señalen tales necesidades o incluso las demandas real y potencial, que consideren a la población residente en los diversos lugares de la ciudad y el flujo adicional de personas de otros municipios o estados que buscan servicios de salud en los grandes centros urbanos, compromete el proceso de toma de decisiones referente a la conducción de los sistemas de salud y, en particular, la gestión de la atención básica.

Hasta el sistema de información ambulatorio del SUS (SIA-SUS), montado sobre una lógica *inampsiánica*⁴ vinculada a procedimientos y productividad, ha sido poco utilizado a los fines de la planificación. Este sistema se encuentra actualmente en retroceso, pues la implementación del Piso de Atención Básica, que viabiliza transferencias financieras globales en vez

⁴ En referencia al extinto Instituto Nacional de Asistencia Médica de Previsión Social, ente nacional de la seguridad social, que privilegiaba el pago de procedimientos y la productividad en vez de la cobertura, utilización e indicadores de salud. Dicho ente desapareció en el marco de la Reforma Sanitaria en 1993.

de pagos por procedimientos, tuvo como efecto colateral el abandono del sistema por parte de ciertos gestores municipales (Sampaio, 2003)⁵.

El Sistema de Información de la Atención Básica, inicialmente concebido para el seguimiento del Programa de Agentes Comunitarios de Salud/Programa de Salud Familiar, incluye diversos indicadores (cobertura de estos programas, demográficos, sociales, morbilidad, mortalidad, difusión de prácticas preventivas y utilización de servicios), contemplando, además, las dimensiones de *territorio, microlocalización de problemas y responsabilidad sanitaria*. Abarca diversos niveles de agregación: microárea en la que residen de 150 a 250 familias cubiertas por agentes comunitarios, territorio con 600 a 1.000 familias vinculadas al equipo de salud familiar, segmento, estado, regiones y país. Este sistema ha sido objeto de propuestas de reformulación, de modo que se consideren todas las unidades básicas de salud y no solo aquellas de salud familiar, y que contribuyan a la “identificación de desigualdades en las condiciones de salud de la población a través de la espacialización de las necesidades y respuestas sociales” (Brasil, 2000a, p. 22).

A pesar de su importancia y de los indicadores que produce, estos sistemas de información no son suficientes para un análisis de la situación de salud que contemple tanto los *problemas del estado de salud* de la población como los *problemas de los servicios de salud*. Por lo tanto, la planificación realizada a través de la Programación Pactada Integrada, aunque haya alcanzado un indiscutible progreso, aún resulta deficiente para estimar las necesidades y demandas, lo que produce que muchos gestores tengan solo una impresión general sobre la insuficiencia en la oferta de la atención básica.

El sesgo de la planificación agregada⁶ y normativa

Además de la pobreza de información, el propio enfoque de la planificación compromete la racionalización de la oferta de la atención básica de la salud, ya que normalmente toma como *objeto* a una población supuestamente homogénea de la ciudad y a una red de servicios que aparentemente comparte los mismos objetivos e intereses. Este sesgo de la planificación agregada y normativa ignora, por un lado, la heterogeneidad estructural, que segmenta a la población en clases

⁵ Existe, sin embargo, un conjunto de indicadores para el seguimiento de la atención básica en los municipios habilitados por las normas en vigor, teniendo en cuenta los siguientes bancos de datos nacionales: a) Sistema de Información sobre Mortalidad; b) Sistema de Información sobre Nacidos Vivos; c) Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional; d) Sistema de Información sobre Daños de Notificación (Brasil, 1998b).

⁶ En referencia a una planificación no desagregada en regiones o zonas geográficas.

sociales con distintos poderes económicos, políticos, culturales y simbólicos, como también una apropiación y ocupación diferenciadas del espacio urbano (Silva *et al.*, 1999); y por otro la distribución desigual de los poderes técnicos, administrativos y políticos (Testa, 1992) en los servicios de salud.

Las desigualdades sociales que resultan de estos determinantes estructurales producen perfiles epidemiológicos diversos según las condiciones de vida de los diferentes segmentos sociales (Paim, 2000), así como patrones de consumo de bienes y servicios de salud bastante diferenciados. Si la planificación ignora las desigualdades en salud como expresión de las desigualdades sociales, deja de considerar los diferentes daños y riesgos a los que están sujetos los subgrupos de la población que ocupan el espacio urbano, y pierde, en consecuencia, su relevancia. Las propuestas alternativas como las ciudades saludables, promoción y vigilancia de la salud (Teixeira, 2002), a pesar de estar mencionadas en documentos técnicos y oficiales (Brasil, 1996; Radis, 2000; Brasil, 2002e) y desarrolladas en algunos municipios, no llegaron a implantarse como políticas en el conjunto de las ciudades brasileñas. La Política Nacional de Promoción de la Salud, aunque haya sido contemplada en el Pacto por la Vida desde 2006 (Brasil, 2006a; 2006b), se encuentra en una fase bastante incipiente.

La planificación encuentra aún obstáculos para la racionalización pretendida en lo referente a la organización de redes regionalizadas y jerarquizadas de los servicios de salud con mecanismos formales y eficientes de referencia y contrarreferencia⁷, al ignorar los diagnósticos estratégicos e ideológicos del ámbito del sector (Testa, 1992) y también al no desarrollar un pensamiento estratégico que aprehenda las contradicciones y establezca líneas de acción para delimitar los *impasses*, tanto en la oferta como en la demanda.

Por el lado de la oferta, los hospitales integrantes del SUS funcionan de un modo autárquico⁸, por ende, se preocupan poco por lo que ocurre en la red básica; la mayoría de las veces, de hecho, con servicios ambulatorios

⁷ Se observó en San Pablo que “las unidades básicas atendían a la población y hacían la derivación, sin tener el mérito de que esta asistencia se haya transformado o no en ‘derivaterapia’; cuando el paciente llegaba a los servicios de referencia, o no recibía atención, o si era atendido, los diagnósticos y tratamiento recomendados en las unidades básicas no eran considerados” (Heimann *et al.*, 1992, p. 151). Resultados similares fueron constatados en Bahía (Cardoso de Araujo, 1988).

⁸ “Es en la asistencia médica especializada que la fuerza del corporativismo resulta decisiva y los criterios de acceso más ‘oscuros’. Se trata de un tipo de cliente construido por la propia práctica médica. De este modo es en los hospitales especializados donde sobresaie el intercambio informal entre médicos, superponiéndose al sistema de referencia y contrarreferencia, formando verdaderos clientes cautivos dentro del servicio público” (Vellozo & Souza, 1993, p. 109).

redundantes⁹, al punto de que los hospitales universitarios atienden casos simples de infección respiratoria aguda, diarrea y escabiosis. Si esta inserción hospitalaria no solidaria en el sistema de servicios de salud ya se hacía en la época de las acciones integradas de salud (Cardoso de Araujo, 1988), la situación se agravó con la lógica de la productividad inoculada por la Autorización de internación hospitalaria y demás mecanismos de remuneración de los hospitales públicos, semejantes a la de los servicios privados contratados por el SUS.

Por el lado de la demanda, hay evidencias que refuerzan el supuesto de que “el acceso real no se produce en función de una jerarquización formal idealizada, sino, por el contrario, por las diversas estrategias que utiliza la población, frente a las limitaciones impuestas por la precariedad de la oferta” (Bodstein, 1993, p. 12).

Segmentación del sistema de salud brasileño

Si bien es posible enfrentar los problemas relativos al análisis de la situación de salud y a la planificación de grandes agregados en los niveles técnico-administrativo y técnico-operacional del SUS, mediante la incorporación de propuestas alternativas de atención y de planificación estratégica y situacional, no ocurre lo mismo con la cuestión de la segmentación del sistema de salud brasileño, reconocidamente compleja, social e históricamente determinada. Así, cabe resaltar las diferentes modalidades asistenciales que mantienen un paralelismo de acciones y relaciones competitivas, parasitarias o depredadoras con el SUS, vinculadas al Sistema de Asistencia Médica Suplementaria, tales como los planes médicos privados, los seguros de salud y otros planes de salud, además de aquellas correspondientes al desembolso directo (medicina liberal y ciertas empresas médicas).

A pesar de la legislación del SUS, en las grandes ciudades brasileñas se pueden constatar tres sistemas: el SUS (público), el Sistema de Atención Médica Suplementaria (prepagó) y el de desembolso directo. Algunos autores advierten sobre la “perversidad inducida por el mantenimiento de los tres sistemas separados por la existencia de subsidios cruzados entre ellos y por

⁹ Estudio realizado en un área de planificación de Río de Janeiro en el inicio de la implementación del SUS, que indicaba una “proporción prácticamente del 50% entre el número de hospitales y de unidades ambulatorias y, en consecuencia, un enorme déficit de unidades básicas en el área” (Carvalho, 1993, p. 126).

la sustentación, aunque parcial, de los sistemas privados basada en las reducciones fiscales y contributivas” (Mendes, 1998, p. 42).

La mera existencia de esas modalidades asistenciales del sector privado en salud produce efectos simbólicos al insinuar mayor calidad, trato ameno, agilidad y confort a los pacientes, en contraposición a los servicios públicos. Estos sistemas con énfasis en las subespecialidades médicas comprometen la equidad dado que “los recursos necesarios para la atención altamente técnica orientada a la enfermedad compiten con aquellos a los que se les exige ofrecer servicios básicos, especialmente para las personas que no pueden pagar por ellos” (Starfield. 2002, p. 21). Además de esto, la oferta desordenada de asistencia médica ambulatoria del sector privado dificulta la planificación y la programación local en salud y favorece la concentración de la atención a algunos individuos en detrimento de otros.

A pesar de que la Ley 8080/90 establezca la regulación para todo el sistema de salud y no solo para el subsistema público (SUS), su reglamentación, mediante normas operacionales y pactos, no contempló las modalidades asistenciales supuestamente autónomas por referencia al SUS (Sistema de Atención Médica Suplementaria o servicios no-SUS). Los planes municipales y estatales de salud y la vigilancia sanitaria que podrían orientar por lo menos la instalación y el funcionamiento de los establecimientos de salud (hospitales, laboratorios, consultorios, clínicas, servicios ambulatorios, etc.) no han asegurado el pleno cumplimiento de la ley. Olvidan el precepto constitucional según el cual los servicios de salud son de relevancia pública, a pesar de ser libres a la iniciativa privada. Incluso la Ley de Planes de Salud y la propia creación de la Agencia Nacional de Salud (Brasil, 2002c), nacidas bajo el modismo de la regulación, no regularon adecuadamente la oferta de servicios de salud y, en particular, la atención básica en estas modalidades asistenciales no-SUS.

Estos hechos hacen que la gestión de la atención básica sea muy compleja, sobre todo por no poder despegarse de los otros niveles del sistema, del mismo modo que los municipios no consiguen prescindir de las instancias de gestión estatal y nacional del SUS. Así, al lado de la ingeniería política necesaria para la implementación de la descentralización de la gestión en salud frente a las características del federalismo brasileño, el gestor de la atención básica participa de negociaciones penosas para la compra de servicios en el sector privado contratado por el SUS y queda fuera de su gobernabilidad la asistencia médica suplementaria. Resolver esa ecuación, compuesta por elementos extremadamente contradictorios, representa una de las cuestiones centrales de la gestión de la atención básica en las grandes ciudades brasileñas.

Cuestiones para la gestión de la atención básica

Pensar la atención básica en las grandes ciudades brasileñas, por lo tanto, requiere considerar dos cuestiones que continúan produciendo hechos negativos para la atención básica de la salud en situaciones concretas: la profundización de las desigualdades sociales entre los diferentes segmentos poblacionales que ocupan de un modo diferencial el espacio urbano; y la segmentación del sistema de salud brasileño con superposición del consumo entre las diversas modalidades asistenciales para las clases alta y media y dificultades de acceso o exclusión para los más pobres.

En el primer caso, cabría examinar las diferencias intraurbanas en la mortalidad, morbilidad y riesgos como expresión de las desigualdades de salud. Estas representan la fase fenoménica de las inequidades sociales a ser investigadas por la economía política de la ciudad (Santos, 1994). En realidad, las inequidades sociales constituyen la esencia de las formas de producción y reproducción social en las ciudades bajo el capitalismo, tal como revelan diversos estudios sobre salud y condiciones de vida. La propia constitución del espacio urbano, a su vez, indica ciertos determinantes históricos y estructurales que conforman la distribución espacial de las poblaciones, según las condiciones de vida, y ayuda a analizar la situación de salud y a explicar las desigualdades en salud (Paim, 1995). El estudio de ese espacio, *territorio utilizado* a lo largo de la historia, con sus *sistemas de objetos* y *sistemas de acciones*, sus *fixos* y *flujos*, “apunta a la necesidad de realizar un esfuerzo destinado a analizar sistemáticamente la constitución del territorio” (Santos & Silveira, 2001, p. 20).

La segmentación del sistema de salud brasileño, instalada a pesar del SUS, reproduce las mismas desigualdades observadas en las condiciones de salud, en este caso en relación con el acceso y la calidad de la atención. Las propuestas de regionalización y jerarquización de la atención de la salud, tales como las contenidas en las Normas Operacionales de Asistencia a la Salud de 2001 y 2002) y en los Pactos de Salud (Brasil, 2006a), y el fortalecimiento de la “estrategia de salud familiar”, a pesar de ser inteligibles por su carácter racionalizador, están lejos de responder a la segmentación del sistema, sobre todo sin las inversiones necesarias para la expansión de la red pública y para la remuneración adecuada de sus recursos humanos.

Este *apartheid* sanitario representa, por lo tanto, el enigma a ser descifrado para la gestión de la atención básica, especialmente en las grandes ciudades. Así, la pregunta central es: ¿cómo fortalecer los procesos de reorganización de la atención básica, manteniendo el patrón de desigualdades y la segmentación del sistema de salud por tiempo indeterminado? Es

evidente que estas cuestiones, al permanecer sin políticas públicas consistentes volcadas a su ecuación, se configuran en limitantes para el desarrollo de la atención básica de la salud bajo la perspectiva de la equidad, la calidad, la efectividad y la humanización.

Propuestas preliminares

Las propuestas y estrategias expuestas a continuación constituyen una sistematización preliminar, sin que ello implique un análisis de coherencia, factibilidad y de viabilidad. Su propósito es estimular una reflexión capaz de propiciar debates y orientaciones políticas que favorezcan la consolidación de la atención básica de la salud en las grandes ciudades. Brasil ya dispone de un cúmulo de experiencias innovadoras en las últimas décadas (Almeida, 1989; Schraiber, 1990; Cecílio, 1994; Capistrano Filho, 1995; Teixeira & Melo, 1995; Schraiber *et al.*, 1996; Merhy & Onocko, 1997; Mendes, 1998; Silva Jr., 1998; Teixeira, 2002) que necesitan ser valorizadas y difundidas para contribuir a la calificación de la gestión de la atención básica.

En lo referente al análisis de la situación de salud, cabe reforzar el estudio de la distribución espacial de problemas de salud con el objetivo de identificar los grupos más vulnerables para la adopción de políticas públicas. Desde la constatación de una distribución extremadamente desigual de la mortalidad infantil entre diferentes distritos o barrios, en ciudades como San Pablo, Porto Alegre y Salvador, en la década de 1980 se señala la pertinencia de la utilización de ese abordaje en la planificación y gestión. Tales investigaciones sobre desigualdades en salud recuperaron los estudios ecológicos de la epidemiología para la planificación en salud y posibilitaron su utilización por los medios de comunicación, organizaciones de la sociedad civil y secretarías de salud. En el estado de Bahía, se verificó el aprovechamiento de los resultados de esas investigaciones por la Secretaría Municipal de Salud de Salvador en el desarrollo de sus programas entre 1993 y 1996, y en la elaboración del Plan Municipal de Salud (1997-2001) y por la Secretaría del Estado, en el caso del Plan Estatal de Salud (1996-1999). Tales estudios revelan el carácter desigual de la distribución espacial de las violencias que posibilita conformar *mapas de riesgo* de homicidios (Paim *et al.*, 1999; Paim, 2000; Noronha *et al.*, 1997). De ese modo, se torna posible *microlocalizar* el riesgo de morir por esa causa e identificar los diferenciales intraurbanos de mortalidad. El mapeo de las áreas de mayor riesgo permite brindar una mayor atención a las poblaciones vulnerables y formular políticas públicas

teniendo en cuenta los espacios de ocurrencia de las violencias y de residencia de las víctimas.

Por lo tanto, el análisis de informaciones desagregadas en el espacio urbano puede propiciar, también, una planificación desagregada y la organización de la salud en el nivel local (Mendes, 1998). En el caso de la gestión, cabría asegurar la universalización de la atención básica ampliada, comenzando por las áreas con peores condiciones de vida y salud, mientras se racionaliza la oferta de los niveles secundario y terciario (media y alta complejidad) y se valorizan los mecanismos formales de referencia y contrarreferencia mediante un diseño estratégico.

En cuanto a acciones, en Brasil, el camino a transitar sería el registro amplio de los individuos y familias para la tarjeta SUS, a través de la *distritalización*. Las iniciativas de organización de distritos sanitarios en ciudades como Salvador, Maceió, Natal, Fortaleza, Curitiba y San Pablo, entre otras (Teixeira & Melo, 1995; Silva Jr., 1998), a pesar de ser ignoradas por el Ministerio de Salud, podrán ser recuperadas por procesos innovadores de gestión de la atención básica. La metodología a adoptar sería similar a la utilizada por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística en las investigaciones censales. Esto facilitaría los procedimientos posteriores de geoprocésamiento de los datos como también la utilización de técnicas de análisis espacial (Najar & Marques, 1998).

En Brasil se han acumulado diversas experiencias con sistemas de información geográfica para el área de salud (Tasca *et al.*, 1993; 1995; Kadt & Tasca, 1993; Ferreira & Azevedo, 1998; Ripsa, 2000) y es preciso utilizarlas más ampliamente como herramienta de gestión de la atención básica. Sin embargo, el alto costo y la complejidad tecnológica de algunos de estos emprendimientos no deben inhibir el análisis de la distribución espacial de los eventos de interés para la salud. Desde los estudios clásicos del joven Friedrich Engels sobre la situación de la clase trabajadora en Londres a inicios del siglo XIX, se pueden constatar las desigualdades en salud y sus relaciones con las condiciones de vida (Paim, 1995), incluso sin la utilización de la computadora...

En lo que concierne a una alternativa a la planificación normativa y de agregados, la *distritalización* puede ser considerada una táctica de reorientación de los sistemas de salud, que tiene en cuenta la heterogeneidad del espacio urbano y la diversidad de la situación de salud según las condiciones de vida de las poblaciones insertas en los distintos territorios. Requiere, para su diseño estratégico, el test de modelos de atención orientados epidemiológicamente, con énfasis en la atención básica, como la oferta organizada, las acciones programáticas y, especialmente, la vigilancia de la salud (Paim, 1999a). El distrito sanitario no se restringe, por lo tanto, a una concepción topográfica y burocrática (Mendes, 1996). Al contrario, cuando la *distritalización* es

acompañada por propuestas alternativas de modelos de atención, se verifican nuevas perspectivas para la gestión de la atención básica.

La vigilancia de la salud es una propuesta reconocida como una vía de reorganización de la atención básica (Brasil, 2000a), en la medida en que orienta una intervención integral sobre distintos momentos del proceso salud-enfermedad: los determinantes estructurales socioambientales, riesgos y daños. De este modo, contempla la promoción de la salud, la prevención de enfermedades (y otros daños) y la atención curativa y rehabilitadora. Esta propuesta trasciende el análisis de situaciones de salud (monitoreo y vigilancia de la situación de salud a través de la *inteligencia epidemiológica*) o la mera integración institucional de las vigilancias sanitaria y epidemiológica. Al contrario, se apoya en la acción intersectorial sobre el territorio y privilegia la intervención, bajo la forma de operaciones, en los problemas de salud que requieren atención y seguimiento continuos. Su operacionalización se realiza mediante la microlocalización de los problemas de salud, la apropiación de información sobre el territorio-proceso a través de talleres de territorialización y la utilización de la geografía crítica y la planificación y programación local de salud (Teixeira *et al.*, 1998).

Si la perspectiva de la gestión corresponde a la de la vigilancia de la salud y no a la supremacía de la asistencia médico-hospitalaria, poco importaría si las personas con mejores condiciones de vida informaran que no pretenden usar el SUS¹⁰. En realidad, ellas podrán utilizar los servicios de urgencia/emergencia del SUS, los procedimientos de alta complejidad, o incluso la atención domiciliaria para los ancianos, los pacientes con trastornos mentales y enfermedades crónicas. Y aunque no utilicen tales servicios, estarán sujetas, tanto a lo brotes y epidemias que exigen de la acción colectiva (que también es el SUS), como a las acciones de protección de riesgos, prevención de daños y promoción de la salud. En el caso de la propuesta de las ciudades saludables, se contempla una gestión gubernamental, que:

...incluye la promoción de la ciudadanía y el compromiso creativo de organizaciones “comunitarias” en la planificación y ejecución de acciones intersectoriales dirigidas a la mejora de las condiciones de vida y la salud, principalmente en las áreas territoriales de las grandes ciudades donde se concentra la población expuesta a una concentración de riesgos vinculados a la precariedad de las

¹⁰ El ex secretario de Atención de la Salud del Ministerio de Salud, Dr. Jorge Solla, recordó que “el sentido común dice que el usuario del SUS está en la población de baja condición socioeconómica, mientras que, como sabemos, hoy, el SUS es utilizado por toda la población. Lo que difiere es *cuánto* necesita utilizarlo y *qué* necesita utilizar” (Radis, 2003, p. 31).

condiciones de vida, incluyendo factores económicos, ambientales y culturales. (Teixeira, 2002, p. 90-91)

Esta propuesta, apoyada por la Organización Mundial de la Salud desde la década de 1980, ha sido reconocida como generadora de *políticas públicas saludables* con impacto positivo sobre la calidad de vida en las ciudades (Ferraz, 1993). Algunos sectores del Ministerio de Salud vienen estimulando el desarrollo de la promoción de la salud, en tanto política, y apoyando la estrategia del *municipio saludable* (Radis, 2000; Brasil, 2002e; Brasil, 2006b)¹¹. De acuerdo con el Ministerio, “un municipio comienza a tornarse saludable cuando sus organizaciones locales y sus ciudadanos adquieren el compromiso e inician el proceso de mejorar continuamente las condiciones de salud y bienestar de todos sus habitantes” (Brasil, 1999, p. 1)¹².

El movimiento de las ciudades saludables puede potencializar la ampliación progresiva del Programa de Salud Familiar. De este modo, el registro amplio, sugerido al inicio de este punto, debería distinguir los segmentos de la población que son solo usuarios del SUS de aquellos que son parcialmente usuarios, calificando los diversos grados y niveles. El Programa de Salud Familiar se mantendría como la estrategia fundamental para tal proposición, dada su compatibilidad con la vigilancia de la salud y con la propuesta de las ciudades saludables. Sin embargo, se deberían plantear algunas alternativas para los *sin familia*, o sea, los que viven en las calles, los niños, adolescentes y ancianos en situación de riesgo y hasta incluso ciertos grupos que residen en áreas bajo el dominio del narcotráfico y demás organizaciones criminales. En esos casos, los procedimientos utilizados por el Programa de Salud Familiar y por la vigilancia de la salud tendrían que adaptarse a las especificidades de cada contexto con creatividad y respeto por la ciudadanía.

En un segundo momento, se podría cruzar la información del registro de la tarjeta del SUS con la obtenida por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística en las investigaciones de asistencia médica y sanitaria y la Encuesta Nacional por Muestra de Hogares, a fin de dimensionar necesidades, cobertura y utilización de la atención básica de la salud por parte de los diferentes segmentos sociales, considerando las variables de ingreso, educación y ocupación. Finalmente, se utilizarían los datos producidos por el

¹¹ Esta estrategia tendría las ventajas de apoyar procesos de descentralización, fortalecer la participación social y el proceso democrático, influir en las políticas públicas locales, incorporar la promoción de la salud en la agenda de desarrollo local y de colaborar en la reorientación de los servicios de salud (Brasil, 1999).

¹² Entre las principales características de estos municipios se destacan: iniciativa local con fuerte compromiso político; movilización y participación comunitaria; estructura organizada y acciones intersectoriales; diagnóstico de problemas y necesidades; liderazgo local reconocido.

registro y por el Sistema de Información de la Atención Básica, adoptados por el Programa de Agentes Comunitarios de Salud/Programa de Salud Familiar (derivados de su ampliación o cuasi universalización) bajo la perspectiva de la *distritalización* y de la vigilancia de la salud.

Dado que el Sistema de Información de la Atención Básica y los equipos de salud familiar no cubren a toda la población, se podrían adoptar ciertos parámetros utilizados en el aplicativo de la Programación Pactada Integrada¹³ (Sampaio, 2003) y modificados, progresivamente, considerando la experiencia de implementación del SUS y del propio Sistema de Información de la Atención Básica. Este procedimiento podría, mediante sucesivas aproximaciones, calcular las inversiones necesarias para la ampliación de la oferta de la atención básica, estimando las posibilidades de uso de los servicios de la Sistema de Atención Médica Suplementaria y de la medicina liberal por ciertos segmentos de la población¹⁴.

La información obtenida a través de tales mecanismos orientaría la implementación de nuevos equipos de salud y unidades de salud familiar, servicios ambulatorios y de apoyo diagnóstico y terapéutico que asegurasen la atención básica ampliada. De allí la relevancia del Programa de Salud

¹³ A partir de mayo de 2001, la primera versión electrónica de un instrumento de programación elaborado por el Ministerio de Salud fue colocada a disposición de los estados para subsidiar la elaboración de la Programación Pactada Integrada en conjunto con los municipios. "Este instrumento buscó relacionar y explicitar compromisos que iban desde la agenda nacional, agendas estatales y municipales de salud y el pacto de atención básica, hasta la programación de las acciones propiamente dichas e informes gerenciales. La programación se iniciaba en la atención básica, siguiendo por la media y alta complejidad, la programación hospitalaria, el tratamiento fuera del domicilio (TFD), las órtesis y prótesis; en síntesis, de todos los grupos que componen las acciones financiadas por el SUS en los tres niveles de gobierno" (Sampaio, 2003, p. 11-12).

¹⁴ Una de las desventajas actuales de ese aplicativo de la Programación Pactada Integrada reside en la planificación de agregados y normativa. Así, el objeto de programación es la población del municipio y no los residentes de unidades menores como regiones administrativas, distritos sanitarios o barrios, tal como trabaja la planificación y programación local de la vigilancia de la salud. Sin embargo, a nivel local, este aplicativo podría ser complementado con los instrumentos elaborados por Silva (2002). En ese estudio, la autora indica los avances alcanzados por el Programa de Salud Familiar, en lo referente a la realización de actividades volcadas al control de riesgos y de daños, por ende, con insuficiencia de las acciones de control de causas. Los seis instrumentos elaborados sirven para la planificación y gestión del trabajo en salud familiar y, especialmente, para la supervisión de los equipos y de los agentes de las prácticas de salud. Incluso, al reconocer la pertinencia de considerar el trabajo vivo en acto y, por lo tanto, las tecnologías leves, como propone Merhy (1997a; 1997b), que permitirían la creatividad y la adaptación a las singularidades de lo real, no creo que sea prescindible cierto grado de estandarización de conductas técnicas, teniendo en cuenta que la meta es de más de 30.000 equipos de salud familiar en Brasil. En consecuencia, las actividades relacionadas en los seis instrumentos podrían representar un embrión para el establecimiento de normas técnicas para el trabajo de los equipos y, como tal, señalamientos para la formación de equipos y para la educación permanente de sus agentes. Desde esta perspectiva, las universidades y servicios de salud tendrían mucho que aportar para el salto de calidad que requiere el Programa de Salud Familiar teniendo en cuenta su expansión en el SUS.

Familiar, pues mientras se montan servicios estructurados, se pueden crear equipos de salud familiar volcados a las necesidades y demandas. A partir de ellas se estructurarían los servicios con otras lógicas, incluso de la oferta pública de la atención especializada. Estos elementos deberían conformar necesariamente el plan rector de inversiones, articulado al plan municipal de salud, teniendo en cuenta las experiencias del Presupuesto participativo.

Si el acceso y la cobertura representan variables importantes para la atención básica de la salud, resulta imprescindible desagregar, al máximo posible, la producción de datos e informaciones en el espacio urbano. Así, la espacialización de esas informaciones entre distritos sanitarios, barrios, zonas de información, sectores censales y espacios públicos es fundamental para analizar la situación de salud según las condiciones de vida de la población y, sobre todo, para planificar la mejora del acceso a la atención básica de la salud en la red urbana, considerando los *fixos* y los *flujos* (Santos, 1997), tales como unidades de salud, acceso físico, vías de transportes, etc. Por lo tanto, el énfasis en la planificación y programación local en salud (Teixeira, 1993) es un camino para el alcance de una mayor racionalización en la oferta de la atención básica de la salud y, por consecuencia, una utilización más razonable de los niveles secundario y terciario de la atención¹⁵. La experiencia de Vitória da Conquista (Bahía) demuestra cómo la gestión de la atención básica, apoyada en la *distritalización*, vigilancia de la salud y salud familiar, puede reorganizar el sistema de salud y asegurar la atención en los niveles secundario y terciario, incluyendo la central de turnos para consultas y procedimientos especializados con terminales que funcionan en red (Goulart, 2002).

Finalmente, cabe enfrentar la cuestión de la segmentación del sistema de salud brasileño, sobre la base del precepto constitucional según el cual *la salud es libre a la iniciativa privada* y, también, las restricciones financieras impuestas a la expansión del sector público de salud. Sería útil estudiar, desde el punto de vista jurídico, las posibilidades de regulación de la atención básica de la salud del sector privado mediante la reglamentación de la Ley Orgánica de Salud (Conasems, 1990) y de la Ley 5536/98 (Brasil, 2002c), sea por decreto

¹⁵ A partir del instrumento desarrollado para la Programación Pactada Integrada, fue posible proceder a las estimaciones y simulaciones, con parámetros flexibles para el cálculo automático de las acciones, incluso de exámenes complementarios para el cumplimiento de protocolos prenatales, hipertensión y diabetes. De este modo, se hace posible el cálculo del déficit de coberturas, además de programar diversas áreas. En la PPI/AB-2002, a los doce asuntos existentes, se sumaron dos: salud del trabajador y otras actividades (promoción y vigilancia de la salud). A partir del diagrama de vigilancia de la salud (Paim, 1999a), en 2001 se observó que el 60% de las acciones estaba destinado al *control de daños*, el 38% al *control de riesgos* y solo el 2% al *control de causas*. Este último, en 2002, representó el cambio más significativo, pues pasó a ser de un 10% (Sampaio, 2003).

presidencial o resolución ministerial. En caso positivo, se estimularía la elaboración de proyectos de ley sobre la materia en los niveles estatal y municipal, además de pactar nuevas normas, resoluciones y decretos, que permitan respaldar tales iniciativas, para ser establecidos por el nivel federal. En lo referente al diseño estratégico, esa reglamentación podría ser realizada por etapas, comenzando por la atención básica de la salud y de manera simultánea a la expansión del Programa de Salud Familiar, en los centros urbanos. En caso negativo, cabría elaborar un proyecto de ley que regulase el mercado en estas modalidades asistenciales noSUS, así como la oferta de servicios públicos de salud (atención básica de la salud, media y alta complejidad), incluso en lo referente a la importación, localización e instalación de equipamientos médico-hospitalarios.

Comentarios finales

Las propuestas anteriormente formuladas, que buscan contribuir al debate para superar el desprestigio del análisis de la situación, el sesgo de la planificación agregada y normativa y también la segmentación del sistema de salud que incide sobre la reproducción del *apartheid* sanitario brasileño, requieren, además de un análisis crítico y fundamentación técnica, la movilización de voluntades para la construcción de su viabilidad.

La gestión de la atención básica, por lo tanto, no es inmune a los grandes desafíos para el desarrollo del sistema de salud brasileño. Las dicotomías históricamente planteadas entre salud pública y medicina, desde el siglo XIX, han sido objeto de reflexión y de intervención por el campo de la salud colectiva en Brasil. Y la denominada *red básica de servicios de salud* atrajo para sí distintos proyectos técnico-asistenciales que compitieron en el diseño de las políticas de salud en las diferentes coyunturas de la República: *posiciones conservadoras* en las que la asistencia médica es vista bajo la lógica de mercado y la salud pública es destinada a los necesitados o excluidos, mediante campañas, programas especiales y educación sanitaria en puestos y centros de salud; *posiciones reformadoras* que preservan la dicotomía asistencia médica/salud pública y proponen una red básica solo como puerta de entrada del sistema público de salud; y las *posiciones transformadoras*, originarias del movimiento sanitario y de la VIII Conferencia Nacional de Salud, al postular que:

...la red básica debería ser no solo la puerta de entrada de un sistema de salud, sino el lugar esencial para realizar la integralidad de las

acciones individuales y colectivas de salud, y al mismo tiempo ser la línea de contacto entre las prácticas de salud y el conjunto de las prácticas sociales que determinan la calidad de vida, provocando el cambio en el sentido de las prácticas. (Merhy, 1997a, p. 224)

La Constitución de 1988, al reconocer la salud como derecho de todos y deber del Estado garantizado mediante políticas sociales y económicas, la eleva como expresión de la calidad de vida. De este modo, la *cuestión salud* se debería configurar como *cuestión de Estado* y no solo de gobierno; de lo contrario tendrá grandes dificultades para superar sus *impasses*. Estas reflexiones apuntan a la tesis según la cual la salud en Brasil no puede ser tratada exclusivamente por políticas sectoriales. En tanto calidad de vida debe movilizar a todas las personas, individualmente, y a la sociedad, organizada o no.

En la medida en que la atención básica de la salud no esté confinada a los antiguos *pobres de la ciudad* (Montaño, 1983) ni a la *nueva* gente pobre creada por las grandes ciudades con el desmantelamiento del Estado de bienestar (Santos & Silveira, 2001, p. 287), la gestión de la atención básica de la salud tendrá que interactuar con todo el sistema de salud y con acuerdos intersectoriales para garantizar la efectividad, calidad, equidad e integralidad de las intervenciones. Así, algunos autores han mostrado la necesidad de:

...nuevas misiones y roles para esta red básica, que se traducen en la construcción de un modelo de atención que permita, junto al conjunto de los usuarios, realizar prácticas que acojan, vinculen y resuelvan, en el sentido de promover y proteger la salud, en el plano colectivo. (Merhy, 1997a, p. 198)

Algunas de las reflexiones y propuestas esbozadas en los puntos anteriores tuvieron la preocupación de examinar ciertos caminos para el cumplimiento de esas *nuevas misiones* de la gestión básica, aunque sin la pretensión de presentarlas como una norma dura capaz de ser adoptada en todas las situaciones. Al contrario, recurrir al enfoque estratégico situacional en la planificación participativa de las acciones de salud, locales e intersectoriales, para la promoción de la salud y la calidad de vida, tal vez sea uno de los caminos a explorar (Teixeira & Paim, 2000). Desde esta perspectiva, la producción de conocimientos y la cooperación técnica en políticas públicas, planificación y gestión pueden marcar diferencias en el proceso de formulación e implementación de políticas de salud y en el cambio de las prácticas sanitarias en coyunturas que cuenten con gobiernos democráticos, efectivamente comprometidos con la transformación social.

Capítulo 3

Epidemiología y planificación: la recomposición de las prácticas epidemiológicas en la gestión del Sistema Único de Salud¹

Introducción

Hace casi medio siglo se han planteado los usos de la epidemiología para la descripción de la enfermedad en la comunidad, la identificación de grupos vulnerables y la evaluación de servicios y programas de salud (Morris, 1975). Sin embargo, la constitución de la epidemiología como disciplina científica y la reflexión epistemológica sobre ella siguieron, por algún tiempo, sus propios caminos, sin un vínculo consistente con la organización social de los servicios de salud, dada la relativa autonomía de los campos científicos.

El énfasis en los estudios etiológicos en el desarrollo metodológico e incluso en la formalización de la disciplina (Barata, 1998), de cierto modo distanciaba a muchos epidemiólogos de un pensamiento y de una acción sobre los servicios de salud. La hegemonía de las universidades norteamericanas y de los centros de epidemiología de EEUU, como el Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 1992), en la formación de epidemiólogos del mundo entero y, particularmente, de los países dependientes, reforzaba tal situación. Los servicios de salud, a su vez, mucho más orientados por la lógica de mercado que por las necesidades de salud, parecían no ver la epidemiología como una herramienta necesaria para su desarrollo.

¹ Texto originalmente publicado en *Ciência & Saúde Coletiva* (2003), v. 8, n. 2, p. 557-567. Revisado y actualizado para esta edición en español.

Es evidente que muchos países del *socialismo real* y aquellos capitalistas que realizaron profundas modificaciones en la organización de los servicios de salud, como el Reino Unido con la implementación del National Health Services a partir de 1948, y Canadá desde el Informe Lalonde en 1974, exploraron de forma más amplia las potencialidades científicas y tecnológicas de la epidemiología en la gestión de sistemas de servicios de salud (Paim, 2002).

La identificación de esta brecha entre las posibilidades de las prácticas epidemiológicas y su utilización por parte de los servicios de salud, más allá del control de enfermedades transmisibles o de la vigilancia epidemiológica, estimuló a la Organización Panamericana de la Salud y a la Organización Mundial de la Salud a apoyar un conjunto de iniciativas que apuntaban a la incorporación y la utilización de ese saber en el ámbito de los sistemas de salud (OPS, 1984; 1988; 1991).

Este capítulo tiene como objetivo sistematizar los esfuerzos orientados a la utilización de la epidemiología por parte de los servicios de salud en América Latina en las últimas décadas, describir algunas de las propuestas construidas en Brasil y discutir ciertos obstáculos y posibilidades de recomposición de las prácticas epidemiológicas en la gestión del SUS.

El papel de la epidemiología en los servicios y sistemas de salud

En las dos últimas décadas, la Organización Panamericana de la Salud ha mostrado preocupación por los procesos de cambio en los procedimientos técnicos de prestación de servicios, en el uso de las tecnologías disponibles, en la integración de los conocimientos, en las formas de utilización de los recursos y en los modos de concretizar la participación social (OPS, 1984; 1988; 1991; Tigre *et al.*, 1990).

Al propugnar por acciones integradas de salud, este organismo internacional ratificaba el principio de integralidad adoptado por el movimiento sanitario brasileño desde la VII Conferencia Nacional de Salud, que fue incluido como directriz en la sección “De la salud” de la Constitución de 1988. Recomendaba un enfoque global de las acciones agrupadas de acuerdo con el conjunto de problemas de la población, para ser ejecutadas de forma integral, y evitar los agrupamientos por patologías y programas aislados. Además, defendía un servicio de salud organizado para producir cambios en el perfil epidemiológico en relación con los problemas de salud (riesgos y daños), colectivos e individuales.

Parte de esa discusión se expresó en el desarrollo de la propuesta de sistemas locales de salud y en la reflexión y crítica de los modelos de prestación de servicios de salud o modelos de atención, viabilizadas por la concepción e implementación de los distritos sanitarios como modos de reorganización de las prácticas de salud (Paim, 1993).

Al discutir el uso de la epidemiología en los sistemas y servicios de salud, es común resaltar el papel de la disciplina en la producción de conocimientos para la toma de decisiones en lo referente a la formulación de políticas de salud, la organización del sistema y las intervenciones destinadas a dar solución a problemas específicos (Tigre *et al.*, 1990). En ese sentido, en el ámbito de los servicios de salud, se identifican los siguientes campos de acción para la disciplina: a) estudios de la situación de la salud en diferentes grupos de la población, sus determinantes y tendencias; b) vigilancia epidemiológica de enfermedades y de otros problemas de salud; c) investigación causal y explicativa sobre los problemas prioritarios de salud; d) evaluación del impacto en salud de los servicios, tecnologías y otras acciones.

Al reflexionar sobre los procesos de toma de decisiones en salud y, particularmente, sobre la aproximación entre epidemiología y gestión, Gilles Dussault (1995) enumera las siguientes posibilidades de utilización: a) en políticas públicas de salud que apoyen la definición de prioridades, objetivos y estrategias; b) en la configuración de los servicios, especialmente en la descentralización e integración de los servicios en los programas; c) en las prácticas de los profesionales, sobre todo en la evaluación de la eficiencia y eficacia; d) en las prácticas de gestión; e) en las prioridades de investigación.

Luego de una extensa revisión de la literatura sobre los límites y las posibilidades del enfoque epidemiológico, Carmen Fontes Teixeira (1996) destaca el gran dinamismo de la producción científica del área en Brasil y la contribución de la epidemiología al desarrollo teórico-metodológico de la planificación en salud. Considera que la reorientación de la gestión, del financiamiento, de la organización y del modelo asistencial del sistema de servicios de salud constituyen procesos que “no pueden prescindir de la epidemiología, como saber científico y práctica instrumental que confiere especificidad a los objetos de conocimiento y de intervención en el ámbito de la salud en su dimensión poblacional, es decir, colectiva” (Teixeira, 1999, p. 288). En este sentido, enumera los siguientes usos de la epidemiología: a) en el proceso de formulación de políticas; b) en la definición de criterios para la distribución de recursos; c) en la elaboración de diagnósticos y análisis de la situación de la salud; d) en la elaboración de planes y programas; e) en la organización de acciones y servicios; f) en la evaluación de sistemas, políticas, programas y servicios de salud. Al discutir los límites y las posibilidades de desarrollo del enfoque epidemiológico en el

proceso de reorientación de la gestión y de la organización social de las prácticas de salud, la autora le dedica una reflexión especial al papel de la epidemiología en la propia definición del objeto de la planificación en salud.

Redefiniciones en el estudio de la gestión en salud y tendencias contemporáneas de la epidemiología

Para discutir este tópico resulta necesario reflexionar sobre cuestiones referentes a la gestión de sistemas y servicios de salud y analizar, aunque brevemente, algunos elementos de la denominada *crisis de la epidemiología* y ciertas propuestas de superación.

Redefiniciones de la gestión

Aunque sin una elaboración teórica consistente que se consolide en investigaciones concretas, es frecuente el vínculo entre la epidemiología y la gestión, como si fuera algo natural y racional. Así, se prescriben recomendaciones para su utilización en el proceso de toma de decisiones como si la incorporación tecnológica pudiera ser efectuada en un campo neutro o enteramente receptivo frente a la racionalidad y a los beneficios de ese saber.

Sin embargo, la gestión en salud puede ser reconocida como la dirección o conducción de procesos político-institucionales eminentemente conflictivos o contradictorios relacionados al sistema de salud, aunque en los niveles técnico-administrativos y técnico-operacionales desarrolle acciones de planificación, organización, gerenciamiento, control y evaluación de los recursos humanos, financieros y materiales empleados en la producción de servicios de salud. Bajo esta perspectiva, la noción de *gestión* se aproxima a la propuesta de administración estratégica (OPS & OMS, 1992a), en la que se pueden valorizar los componentes vinculados a la distribución de los diferentes tipos de poder en salud y a la construcción de la viabilidad de las intervenciones diseñadas.

Una vía de aproximación a esta temática desarrollada en Brasil ha sido la utilización del concepto de *prácticas de salud*, elaboración pionera de Cecília Donnangelo y Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (Donnangelo, 1976; Mendes Gonçalves, 1994). Esta vía tiende a producir reflexiones y análisis sobre planificación y gestión que no se limitan a pensar aisladamente los *objetos-medios* (recursos financieros, materiales, informacionales, de poder, etc.), sino su

articulación con *objetos-fines* (intervención, asistencia, acogimiento, cuidado, etc.) en una totalidad social.

De este modo, la formulación de la *teoría del proceso de trabajo en salud* posibilitó una reflexión sobre el objeto, los medios de trabajo, las actividades y los agentes (agentes-sujetos o sujetos-agentes). Además, al investigar las relaciones técnicas y sociales bajo las cuales se realiza el trabajo en salud, el método histórico-estructural permite el estudio de las organizaciones, de la distribución del poder en las instituciones y del proceso de toma de decisiones para la implementación de políticas (Paim, 2002). Esta línea de estudios ha realizado, recientemente, abordajes más procesales de las organizaciones, entendiendo la interactividad y la comunicación de los sujetos como objetos de reflexión, desviando el énfasis en la administración de las cosas hacia la conducción de procesos político-institucionales y de trabajo en salud. Así, converge con la gestión estratégica en la que la *administración de la incertidumbre* se centra en la conducción de procesos colectivos de trabajo (Mota, 1992), valorizando la construcción de consensos.

Por lo tanto, la gestión no se reduce a la *acción instrumental* sobre el mundo objetivo (Rivera, 1995). Puede ser considerada analíticamente en una doble dimensión de acción social: *acción estratégica* dirigida a fines, con la creación de consenso activo entre dirigentes y dirigidos, y *acción comunicativa* volcada al entendimiento y a los intercambios intersubjetivos en la constitución de nuevos sujetos de las prácticas institucionales de salud. En este caso, cabe resaltar la naturaleza ético-política de la gestión en salud como respuesta a las necesidades humanas y, simultáneamente, como formas de sociabilidad (Paim, 1999b). Al examinar a los sujetos en acción y en comunicación en las organizaciones, es posible analizar la interacción social, identificar las racionalidades presentes en la gestión y valorizar la intersubjetividad en la explicitación de conflictos y en la búsqueda de entendimiento. El saber epidemiológico, desde esta perspectiva, conformaría parte de la racionalidad técnico-sanitaria presente en la explicación de la situación de salud (Teixeira, 1999) y compete, en el proceso de toma de decisiones de las instituciones de salud, con otras racionalidades importantes: política, médico-asistencial, económica y burocrática (Paim, 2002).

Es posible que los conceptos de *tecnologías leves, leves-duras y duras* (Merhy, 1997b) y el análisis de esas racionalidades ayuden a comprender la incorporación de la epidemiología en la planificación y gestión en salud. Así, a partir de una concepción de modelos asistenciales o modos estructurados de intervención en salud que expresen combinaciones de tecnologías orientadas para la atención de las necesidades, se podría investigar el uso

de la epidemiología para la aprehensión de la dimensión colectiva de los problemas de salud.

Estas indicaciones hacen suponer la pertinencia de los estudios de incorporación tecnológica y de innovación o desarrollo institucional para examinar la epidemiología en los servicios de salud. Es decir, no basta la acumulación de un saber, la existencia de una tecnología ni el reconocimiento de una necesidad social para que la epidemiología sea utilizada por una organización. Agentes capacitados, planificación, influencia en la gestión, liderazgo, etc., pueden ser variables a examinar en el análisis de las posibilidades de incorporación. Otros conceptos que conformen distintos marcos teóricos podrían aportar otras variables a ser contempladas en investigaciones sobre políticas, instituciones y prácticas de salud (Paim, 2002).

Al analizar las posibles relaciones entre epidemiología, planificación y gestión, cabría examinar los modos de articular las dimensiones políticas con las técnico-científicas en las intervenciones en salud, tal como se propone en la discusión de los modelos asistenciales (Paim, 1993; 2002). Además de una *tecnología del poder* o de una técnica que ayude a disponer, acordar y procesar otras técnicas, como también organizar y dirigir procesos de trabajo, la planificación puede ser un medio para auxiliar la interacción entre los sujetos en el sentido de viabilizar un determinado proyecto ético-político para la salud (Paim, 1999b).

Tendencias de la epidemiología

En lo concerniente a la epidemiología resulta necesario concebirla, a los fines de analizar su utilización en la gestión, como *disciplina científica* y como *medio de trabajo*.

Bajo la primera acepción se trata de pensar el saber científico y los paradigmas en los que se inserta la ciencia epidemiológica, lo que remite a un trabajo teórico y a una reflexión epistemológica. Así, cabría problematizar la crisis del paradigma dominante, la capacidad de formulación teórica, la ruptura de los compromisos históricos, la relación con la *praxis* y la capacidad explicativa (Barreto, 1998). Según este autor, la *crisis de la epidemiología* en lo referente al desgaste de su capacidad explicativa se expresa en las siguientes situaciones: a) las propuestas de prevención factor a factor son de difícil implementación y presentan una eficiencia limitada; b) la evaluación de tecnologías no ofrece un cuadro completo de los efectos previstos e imprevistos cuando son utilizadas como parte de programas complejos de intervención en salud; c) la capacidad de prever los efectos de los programas y acciones

generalmente es baja, independientemente de las buenas intenciones y de la consistencia de los conocimientos disponibles; d) parecen haberse agotado las posibilidades de generar nuevos conocimientos acerca de factores de riesgo con fuerzas asociativas elevadas o con alto grado de especificidad en relación con sus efectos.

En consecuencia, incluso los epidemiólogos comprometidos con la mejora de los servicios de salud, como es el caso de Maurício Lima Barreto, aún son reticentes en cuanto a las posibilidades de la disciplina al interior del sistema de servicios de salud. Sin embargo, la pujanza de los diversos congresos brasileños de epidemiología y de salud colectiva en Brasil parece indicar lo contrario si se toman en cuenta las contribuciones al estudio de las desigualdades, la planificación, gestión y evaluación de las intervenciones en salud (Teixeira, 1996).

Pensar la epidemiología como *medio de trabajo* significa concebirla como tecnología, es decir, como herramienta de gestión. Así, la epidemiología en tanto saber tecnológico puede ser investigada en su aplicación como instrumento para la formulación de políticas, la planificación y la evaluación en salud (Schraiber *et al.*, 1999). Desde esta perspectiva, se podría examinar su utilización en el análisis de la situación de salud (investigando el modo y las condiciones de vida de los grupos sociales que se insertan y se movilizan en el espacio urbano), en el desarrollo de tecnologías, en la elaboración y test de modelos asistenciales. El saber epidemiológico como tecnología no material podría ser utilizado en la organización de procesos de trabajo, de servicios y de sistemas de salud, y también en la planificación, gestión, vigilancia y evaluación en salud (Paim, 1999b).

Epidemiología y gestión: algunos desafíos

Entre los desafíos de la epidemiología desde la perspectiva de la salud colectiva, se destacan: el estudio de las desigualdades en salud; el desarrollo de un pensamiento sobre el medio ambiente, calidad de vida, concepto y medidas de salud; y la investigación sobre evaluación, selección de tecnologías e intervenciones en salud (Barreto, 1998).

En el ámbito de la planificación y de la gestión, cabría retomar las propuestas de diagnósticos administrativo, estratégico e ideológico (Testa, 1992), asumiendo el *poder* como categoría central de análisis e identificando como sus objetos los servicios, organizaciones y sistemas, además de las necesidades y problemas de salud (Teixeira, 1999). Este objeto de trabajo podría ser delimitado como la relación entre los problemas de salud y las respuestas sociales

a estos (Sá, 1993), lo que significa pensar la planificación y la gestión en su articulación con las instancias política, económica e ideológica que componen la estructura social. Este es, por lo tanto, uno de los grandes desafíos para la planificación y la gestión en salud:

Articular en su interior como práctica social, tanto la explicación de los problemas de salud de los distintos grupos poblacionales en la perspectiva señalada por la “epidemiología crítica”, enfatizando las relaciones entre los problemas de salud, las condiciones de vida y sus determinantes histórico-estructurales, como la comprensión de las representaciones sociales acerca de la salud-enfermedad y atención de la salud de los diversos grupos, lo que indica la necesidad de una planificación participativa, en la que los especialistas y la población sean actores y autores de las respuestas sociales a los problemas. (Teixeira, 1999, p. 297)

La epidemiología en el Sistema Único de Salud

La preocupación por la mejora de los servicios del SUS y por la efectividad de las intervenciones sobre la situación de salud ha motivado a algunos autores a indagar sobre la incorporación de la epidemiología en las organizaciones de salud en diferentes niveles del sistema de servicios de salud y, especialmente, su utilización en las prácticas de salud (Schraiber, 1990; Paim, 1993; Teixeira, 1999; Drummond Jr., 2001).

Aunque la Constitución de la República y la Ley Orgánica de Salud (Ley 8080/90) complementada por la Ley 8142/4 indicasen muchos caminos para la incorporación de la epidemiología en la planificación y gestión del SUS, los elementos de inercia burocrática de la salud pública institucionalizada, junto con la lógica *inamptiana* que dirigía el modelo médico asistencial privatista, dificultaban el desarrollo de las prácticas epidemiológicas.

La epidemiología en la implementación del Sistema Único de Salud

A inicios de la década de 1990, la epidemiología estaba confinada, a nivel federal, a la Fundación Nacional de Salud, instituida en los primeros días del gobierno de Collor de Mello, y que reunía a la Superintendencia de Campañas de Salud Pública y la Fundación Servicio Especial de Salud Pública. La creación del Centro Nacional de Epidemiología, celebrada por muchos epidemiólogos brasileños, a pesar de los esfuerzos de sus primeros

dirigentes por diseminar el saber epidemiológico entre las instituciones de salud (Teixeira, 1999), no redujo la perspectiva de confinamiento. A su vez, a nivel estatal, se concentraba en las acciones de vigilancia epidemiológica, sobre todo mediante los programas de inmunización y control de enfermedades, implementados por las estructuras propias de las secretarías de salud, reforzando la dicotomía con las coordinaciones regionales de la Fundación Nacional de Salud. Y en el ámbito municipal la epidemiología tendía a ser residual, gracias a la poca importancia que la Ley 6259/75 reservaba al municipio en el entonces Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, además de la fragilidad institucional de las secretarías municipales de salud. Por lo tanto, los esfuerzos por el uso de la epidemiología en la planificación y en la gestión en aquel período se limitaban a las propuestas de los Planes Rectores para el Desarrollo de la Epidemiología (Drummond Jr., 2001) y a los intentos locales de desarrollo de modelos asistenciales alternativos, con el apoyo de universidades y de organismos de cooperación técnica (Teixeira, 2002).

Aun así, en un seminario realizado por el Centro Nacional de Epidemiología, basado en un documento que proponía la reorganización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica bajo la perspectiva del SUS (Paim & Teixeira, 1992), se consideró que era “necesario romper la dicotomía tradicional entre vigilancia y asistencia, lo cual era posible a partir de la profundización de la discusión de las propuestas de vigilancia de la salud y por la incorporación de las acciones de vigilancia en todas las unidades de atención de la salud, incluso los hospitales” (Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica, 1992, p. 11).

Algunos elementos de ese cambio sobre los procedimientos técnicos, el uso de tecnologías y la integración de conocimientos configuran, en el caso brasileño, el debate en torno a los modelos asistenciales iniciado en la década de 1980 y diseminado en la década siguiente; mientras que los cambios en la forma de utilización de los recursos y de participación social tuvieron relevancia con la publicación de la Ley 8142/90 y, especialmente, con la vigencia de las Normas Operacionales Básicas del Sistema Único de Salud de 1993 y 1996 (Brasil, 1993a; 1996). Al examinar el contexto nacional, se pueden identificar los componentes del armazón legal y normativo del SUS permeables a la utilización de la epidemiología, como también ciertas relaciones de ese saber con la planificación y con los denominados *modelos tecnoasistenciales*.

Epidemiología y descentralización

La Norma Operacional Básica del Sistema Único de Salud en 1993, a pesar de contribuir al avance de la municipalización de las acciones y servicios de salud, prácticamente no contó con la participación de las instancias responsables de la epidemiología en el SUS, de modo que sus orientaciones técnico-administrativas dejan grandes vacíos para el uso del saber epidemiológico como herramienta de gestión. La adopción simultánea de políticas económicas de ajuste estructural, la implementación de propuestas de reforma del Estado, la restricción de recursos financieros para el sector salud y la opción de mecanismos de financiamiento que privilegian la lógica de mercado transformaban al sector público en prestador de servicios y a la planificación en mero instrumento de captación de recursos. La gestión tendía a concentrarse en aspectos administrativos, reproduciendo un estilo que privilegia “la gerencia contable y la atención a la demanda por los servicios médico-ambulatorios y hospitalarios en detrimento de las acciones promocionales y de prevención de daños a la salud colectiva, reforzando la inequidad en el acceso a los servicios y las desigualdades en las condiciones de vida y salud de la población” (Teixeira, 1999, p. 290).

Incluso en municipios gerenciados bajo gestión plena del sistema de salud se presentaron resultados modestos en lo referente al uso de la epidemiología y a la reorganización de las prácticas de salud (Heimann *et al.*, 1998), en relación con la redefinición del objeto, los medios de trabajo, el trabajo propiamente dicho o las relaciones técnicas y sociales bajo las cuales se realiza el trabajo.

Sin embargo, en la última década, diversas cuestiones conformaron un contexto que podría favorecer la construcción de una epidemiología en servicios de salud (Drummond Jr., 2001): las posibilidades abiertas con la implementación del SUS para la experimentación de modelos asistenciales; la producción teórica, epistemológica y metodológica sobre la epidemiología en América Latina; el conjunto de propuestas políticas y técnicas contenidas en los Planes Rectores para el Desarrollo de la Epidemiología en Brasil I (1990-1994), II (1995-1999) y III (2000-2004), elaborados por la Asociación Brasileña de Salud Colectiva); y la implementación de las políticas de municipalización de las acciones y servicios de salud. En este sentido, las promesas del Centro Nacional de Epidemiología mediante el Vigisus (Brasil, 1998c) llegaron a movilizar a las secretarías de salud interesadas en implementar el modelo de vigilancia de la salud (Teixeira, 2002).

Marcos Drummond Jr., al “relevar las formas predominantes de los instrumentos y modos de hacer epidemiología que han sido utilizados en los

servicios de salud en Brasil” (2001, p. 45), reveló usos creativos e innovadores de la epidemiología en servicios de salud del SUS que proveen indicaciones que permiten vislumbrar cierta reorganización de las prácticas sanitarias. Así, los proyectos Nacer en Curitiba, Riesgo Evolutivo y Madre Curitibana son buenos ejemplos de los modelos asistenciales correspondientes a la oferta organizada (incluyendo la búsqueda activa), al trabajo programático (acciones programáticas de salud) y a la vigilancia de la salud, implementados de forma complementaria. Según Drummond Jr., “los modelos de planificación, teo-asistenciales y de organización de los servicios propuestos en el país, a pesar de tener muchas identidades, tienen visiones diferenciadas sobre el énfasis y el uso de la epidemiología en los servicios de salud” (Drummond Jr., 2001, p. 36). Por consiguiente, una de las grandes contribuciones de este estudio fue resaltar las posibilidades y la creatividad de nuevos enfoques y temas, realizando reflexiones muy apropiadas sobre innovación institucional e incorporación tecnológica. Allí, Drummond Jr. critica el diagnóstico normativo en salud por su carácter ritualista, formalista e irresponsable respecto de la gestión y la reorientación de los modos de intervención en salud. Señala que la supuesta omnipotencia de la epidemiología en definir necesidades y prioridades en salud debe ser cuestionada y relativizada, aunque pueda ser considerada una herramienta de gran utilidad, incluso para el diagnóstico estratégico del análisis de la situación de salud. Y así el autor anuncia una “epidemiología del cotidiano y del atrevimiento” (2001, p. 170).

Agenda de salud y evaluación: unos pasos adelante

A partir de la Norma Operacional Básica del SUS y, especialmente, con la expansión de los Programas de Agentes Comunitarios de Salud y de Salud Familiar, favorecida por la adopción del Piso Asistencial Básico en 1998, el Ministerio de Salud, a través de la Secretaría de Políticas de Salud, introdujo, progresivamente, ciertos dispositivos que tienden a valorizar la incorporación de prácticas epidemiológicas en la gestión del SUS, incluyendo el apoyo a estudios sobre evaluación de políticas y programas (Vieira da Silva *et al.*, 2002).

Desde esa perspectiva, la aprobación de los Ejes Prioritarios de Intervención para el Año 2001 por el Consejo Nacional de Salud ilustra un paso importante para el compromiso de los estados y municipios en la Agenda Nacional de Salud (Brasil, 2001d). Entre las intervenciones propuestas se destacaron la reducción de la mortalidad infantil y materna y el control de enfermedades y daños prioritarios, entre los que se incluían las *enfermedades de la pobreza* (inmunoprevenibles, transmitidas por vectores, diarreas, tuberculosis,

lepra, etc.), las enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, diabetes e hipertensión) y los llamados *nuevos desafíos* (sida y morbimortalidad por causas externas). Las otras intervenciones, la reorientación del modelo asistencial y la descentralización, la mejora de la gestión, del acceso y de la calidad de las acciones y servicios de salud, el desarrollo de recursos humanos del sector salud y la calificación del control social también representaban espacios para el desarrollo de prácticas epidemiológicas.

Los tortuosos caminos del Sistema Único de Salud

En el caso de la Norma Operacional de Asistencia a la Salud (Brasil, 2001e), pese a la ausencia en el debate público de la XI Conferencia Nacional de Salud, los riesgos de recentralización de la política sectorial, el privilegio de la jerarquización de la asistencia médico-hospitalaria bajo la denominación de *regionalización de la asistencia a la salud*, como también el énfasis en la noción de *economía de escala*, y la visión restringida de integralidad de la atención (centrada en la demanda espontánea y reducida a la idea de *continuidad de la asistencia médica*), cabría aprovechar la oportunidad de su implementación para introducir el saber epidemiológico en los procesos de gestión (Teixeira, 2002).

Así, la creación de módulos asistenciales y de sistemas microrregionales de salud podría propiciar un debate con el fin de “incorporar y articular prácticas de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños, como también la reorientación de la asistencia individual y colectiva” (Teixeira, 2002, p. 107). Por último, la incorporación de la propuesta de *vigilancia de la salud* a la planificación municipal y regional podría constituir:

...una alternativa de superación del sesgo economicista de la Programación Pactada Integrada (PPI), básicamente un instrumento de racionalización de la oferta de servicios para las unidades de salud, que no problematiza el contenido de las prácticas que son realizadas, ni su adaptación a las necesidades y problemas de salud de la población. (Teixeira, 2002, p. 116)

A partir de las propuestas de la autora de la cita, se podrían destacar la redefinición de las acciones programáticas de salud en el ámbito de las unidades básicas, la restructuración de los establecimientos de salud para asegurar la oferta organizada y programada de las acciones y servicios y la formulación de políticas públicas que tomen como referencias básicas a la promoción y la

protección de la salud (ciudades saludables, vigilancia sanitaria en defensa de la salud, acción intersectorial en salud, *empowerment*, etc.).

En un contexto en el que la XI Conferencia Nacional de Salud defendía el compromiso de los gobiernos con las políticas públicas integradas, con articulación intersectorial, capaces de asegurar las condiciones necesarias para la producción, promoción y preservación de la salud, el Consejo Nacional de Salud aprobó la Política Nacional de Reducción de la Morbimortalidad por Accidentes y Violencias, y el Ministerio de Salud implementó el Programa Nacional de Control del Tabaquismo (Barros, 2002), además de avanzar en el Programa de Salud Familiar, uno de los espacios institucionales que utiliza la práctica epidemiológica. Actualmente, la institucionalización de la Secretaría de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud, la formulación de una política nacional de promoción de la salud y de una política nacional de ciencia y tecnología en salud, como también los Pactos de Salud (Brasil, 2006a; 2006b), expresan iniciativas que refuerzan el uso de la epidemiología en el SUS.

El agenciamiento de la epidemiología: muchos pasos atrás

Las iniciativas mencionadas ocurrieron “en un contexto marcado por la multiplicidad de eventos de carácter político-institucional que configuran una trama compleja de decisiones acerca del proceso de construcción del SUS, no siempre coherentes y articuladas” (Teixeira, 2002, p. 107). En el gobierno del presidente Fernando Henrique Cardoso, la propuesta de creación de la Agencia Federal de Prevención y Control de Enfermedades, autarquía vinculada al Ministerio de Salud, como *agencia ejecutiva*, subsidiaria de la llamada *Reforma del Estado*, causó muchas aprehensiones y protestas.

En realidad, bajo el manto aparente de la Reforma del Estado y de la modernización de la burocracia sanitaria, tomaba cuerpo un proceso de desmantelamiento del organismo capaz de reducir el paralelismo de los servicios y acciones de salud, o sea, del Ministerio de Salud, responsable de la gestión nacional del SUS (Paim, 2001). Este *descuartizamiento* del SUS se inició con la promulgación de la Constitución al asegurar que la salud es libre a la iniciativa privada. Pero avanzó en 1998, con la creación de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, luego de la avalancha de denuncias de falsificación de medicamentos que involucraban a empresas farmacéuticas multinacionales de renombre. Al año siguiente, continuó con el establecimiento de la Agencia Nacional de Salud Suplementaria, luego de un conjunto de denuncias sobre los denominados *planes de salud*, vinculados al Sistema de Asistencia Médica Suplementaria. En 2000, ya se discutía una *agencia de vigilancia epidemiológica*,

que en julio del año siguiente se propondría a través de una medida provisoria encaminada por el ministro de Salud. Sin embargo, al igual que otras veces, fueron necesarias más denuncias en los medios de comunicación (en este caso, vinculadas a la incompetencia de los gobiernos frente a la epidemia de dengue) para que la Presidencia de la República dictara otra medida provisoria (MP 33, 19/2/02) apuntando a la transformación de la Fundación Nacional de Salud en la Agencia Federal de Prevención y Control de Enfermedades (Brasil, 2002f).

De este modo, se verifica que aquella coyuntura, comparada con ciertos avances, producía serios retrocesos en lo referente a la incorporación de las prácticas epidemiológicas en la gestión del SUS, según la evaluación de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva:

Esta Medida Provisoria rescita la Ley 6259/75, que instituyó el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, ignorando el papel del municipio. [...] Del mismo modo, atenta contra el principio constitucional de la integralidad de la atención. Al disponer del Sistema Nacional de Epidemiología confina al saber epidemiológico y a la epidemiología, como disciplina científica, a un “sistema” paralelo, subordinado a una agencia para la ejecución de las acciones de prevención y control, justamente cuando el país intenta avanzar hacia la adopción de modelos asistenciales más integrales. [...] Presenta propuestas más truculentas y retrógradas que las desarrolladas por la policía sanitaria de Brasil a inicios del siglo XX. [...] A partir de una vaga e indefinida “situación de riesgo”, atenta contra los derechos de los individuos y comunidades colocándolos en el mismo nivel que a los animales. (Abrasco, 2002, p. 2-3)

Desde el punto de vista de la gestión de las secretarías estatales y municipales de salud, la pulverización del comando federal sobre el SUS:

...además de configurar el riesgo de fragmentación de las orientaciones políticas, principalmente por separar aquello que se había intentado unir, es decir, la asistencia médica (antiguo Inamps), la vigilancia epidemiológica y sanitaria (antiguo MS), representa un incremento de la complejidad en las relaciones intergubernamentales con el nivel federal. (Teixeira, 2002, p. 108)

Asimismo, los niveles estatal y municipal del SUS podrían reproducir, mecánicamente, a imagen y semejanza de las estructuras federales, incluso el reconfiamiento de la epidemiología a ciertos guetos de la burocracia sanitaria. Como ya se había alertado una década atrás, “la organización sanitaria brasileña ya pagó un alto precio por el mimetismo organizacional y por el artificialismo de las reformas administrativas” (Paim & Teixeira, 1992, p. 46).

Frente a ese cuadro, el Consejo Nacional de Salud aprobó la proposición de transformar la medida provisoria 33 en proyecto de ley y el Congreso Nacional la rechazó el 17 de abril del 2002. Lamentablemente, el proyecto de ley que substituyó a la medida provisoria 33 ignoró olímpicamente las críticas y sugerencias presentadas en el V Congreso Brasileño de Epidemiología e insistió en la creación de la Agencia Federal de Prevención y Control de Enfermedades, manteniendo el *estado de cuarentena federal* en el cual los ciudadanos deberían reportarse, periódicamente, a la *autoridad epidemiológica* (Abrasco, 2002). Aunque tal proyecto no avanzara, algunas de esas propuestas vuelven a aparecer con el pretexto de actualizar la legislación brasileña al nuevo Código Sanitario Internacional.

Así, la “Reforma del Estado”, que el gobierno ha implementado en el sector salud en los últimos años, lejos de atender a los supuestos modernizantes y democratizantes anunciados (Pereira & Grau, 1999), se caracteriza por la creación de agencias como parte de las reacciones espasmódicas frente a la crisis sanitaria y a las denuncias de los medios de comunicación. En ese contexto, la racionalidad técnico-sanitaria que la epidemiología podría proporcionar a la gestión del sistema de servicios de salud prácticamente desaparece en el proceso de toma de decisiones, predominando así un conjunto de intereses menores de la burocracia, asociados a los de las clases hegemónicas.

Comentarios finales

Frente a los hechos aquí analizados y al discutir ciertas posibilidades de que las prácticas epidemiológicas sean recuperadas para la gestión del SUS, es pertinente indagar: ¿cuál es la epidemiología que está en el horizonte de las propuestas?; ¿la epidemiología solidaria a la concreción del SUS, a través del acceso, calidad y humanización de la atención de la salud, con control social, o aquella que inmoviliza a los ciudadanos, sometiénolos a la *autoridad de epidemiología* que puede ser un ministro de Salud, el presidente de una Agencia, un secretario de Salud, un tecnoburócrata o un inspector de calle? (Abrasco, 2002); ¿la epidemiología que genera información relevante para los que sufren los procesos destructivos de la organización de las ciudades y, en última instancia, de la lógica capitalista, o la epidemiología que enmascara la realidad, domestica y controla a la población de acuerdo con los intereses de tecnoburócratas y en función de los proyectos político-ideológicos de las clases dirigentes?; ¿una epidemiología de *los de arriba* para reproducir sus privilegios y exclusión social, o de *los de abajo* para producir información y poder en la búsqueda de la equidad y de la efectividad?

Por lo tanto, como disciplina científica o como herramienta de gestión, la epidemiología no es inocente, neutra, ni se coloca sobre los intereses de clases y los respectivos proyectos políticos e ideológicos. En tanto práctica social, no está libre de las determinaciones que la estructura social produce sobre las prácticas de la salud. Ante la crisis de la disciplina, distintas propuestas han sido formuladas por epidemiólogos y pensadores de la medicina social y de la salud colectiva latinoamericana, tales como: a) recuperar las experiencias relevantes acumuladas en la historia de la epidemiología y de otras disciplinas que estudian la salud y sus determinantes; b) redireccionar el desarrollo teórico, metodológico y operacional de la disciplina; c) desviar el actual *modus operandi* de la práctica científica de la epidemiología hacia temas de prevención y desarrollo de nuevas bases éticas, coherentes con sus compromisos sociales e históricos (Barreto, 1998); d) realizar un análisis crítico-epistemológico de categorías centrales como *causalidad, determinación, riesgo, exposición*; e) promover una discusión amplia sobre metodología (Breilh, 2002).

Si la epidemiología fuera pensada más allá de su dimensión técnica, presentaría otros desafíos ante la *praxis*. Debería ser un testimonio crítico de los procesos destructivos para la vida que se realizan en la sociedad, una herramienta de monitoreo de la calidad de vida y de la salud, un instrumento de empoderamiento de la población y un arma de planificación estratégica y participativa (Breilh, 1998).

Por lo tanto, revisar críticamente el paradigma científico dominante puede ser una vía para analizar ciertas posibilidades de transición paradigmática en el campo de la salud colectiva, frente a la complejidad del objeto de la epidemiología. En ese caso, cabría “aproximar la ciencia de la sociedad y sus problemas ampliando su capacidad de producir conocimiento crítico y propositivo. Conocimiento ético, emancipador, solidario y democrático” (Drummond Jr., 2001, p. 8). Evidentemente, en una estructura social que niega tales valores, la epidemiología se enfrenta a serias contradicciones: “en su tensión entre disciplina científica y campo profesional, la epidemiología saca a la luz, para sus practicantes, independientemente de donde estén situados, los desafíos de la dialéctica entre el soñar y el hacer, entre la utopía y la realidad, entre la técnica y la política” (Barreto, 1998).

Aunque muchas cuestiones relevantes en la actualidad sean insuficientemente consideradas por la epidemiología hegemónica, cabría destacar ciertos objetivos esenciales de un saber que tome partido por la vida y por la emancipación de los seres humanos. Una epidemiología que fundamente las acciones de salud colectiva, inspirada en sus compromisos democráticos desde las luchas históricas del movimiento sanitario contra el autoritarismo. Una epidemiología que pueda:

...garantizar el conocimiento del proceso salud-enfermedad en la realidad compleja y concreta; reconocer y abordar sus relaciones en diferentes niveles de la realidad buscando integrarse con las visiones de diferentes disciplinas y profesionales para orientar intervenciones; y contribuir a la reducción del sufrimiento humano, de las inequidades sociales detectadas y al movimiento en defensa de la vida. (Drummond Jr., 2001)

Se trata, finalmente, de construir colectivamente las bases de una epidemiología contrahegemónica que analice el movimiento general de la sociedad y sus relaciones con el modo de vida de los grupos sociales y con el estilo de vida de las personas, identificando procesos críticos de exposición o de imposición (Breilh, 2002).

Por lo tanto, la explicitación, la diseminación y la apropiación de estos valores por las clases subalternas y sus intelectuales orgánicos podrá favorecer la construcción de identidades capaces de influir en la movilización de subjetividades y voluntades políticas para la concretización de prácticas epidemiológicas y de gestión comprometidas con los principios y directrices originales del SUS.



Capítulo 4

El objeto y la práctica de la salud colectiva: ¿el campo demanda un nuevo profesional?¹

Introducción

La sociología de las profesiones contempla un elenco variado de cuestiones relacionadas al Estado, la sociedad, las asociaciones e instituciones, relaciones entre base cognitiva y mercado de trabajo, arenas conflictivas, entre otras. Así, diversas preguntas surgen, actualmente, en el ámbito de esta disciplina:

¿Cuáles son los criterios sociológicos que definen una profesión?; ¿qué diferencia hay entre una profesión y una semiprofesión?; ¿hay un proceso creciente de profesionalización de la sociedad o vivimos en la era de la desprofesionalización de corporaciones poderosas, como la medicina, la abogacía y la ingeniería? (Machado, 1995, p. 13).

Dentro de esta literatura sociológica, se identifican dos atributos para la definición de una profesión: la configuración de un cuerpo de conocimientos y la orientación hacia un ideal de servicios. Por lo tanto, la existencia de una profesión pasa por la identificación de un conjunto de habilidades y conocimientos (competencias) referentes a un segmento

¹ Texto elaborado para la discusión de grupos en el I Seminario y Taller de Trabajo “Gradação em Saúde Coletiva: pertinência e possibilidades”, organizado por el Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), con el apoyo del Ministerio de Salud de Brasil. Salvador, 5 y 6 de septiembre de 2002. Revisado y actualizado para esta edición en español.

del saber, y por un elenco de valores que provee identidad cultural a la acción de los sujetos. Entre los factores que colaboran al surgimiento de un nuevo campo profesional se pueden destacar: el avance del conocimiento científico, el progreso tecnológico, la identificación de problemas que interfieren en el desarrollo de la sociedad, los mercados de bienes y servicios, las políticas públicas y la estructura del complejo de organizaciones prestadoras de servicios.

En Brasil, tres oficios de nivel superior sirvieron de base para la profesionalización universitaria: la ingeniería civil, en el área de las ciencias exactas; la medicina, en el área de las ciencias biológicas; y la abogacía, en el área de las ciencias humanas. En el caso de la medicina, posteriormente identificada como componente de las ciencias de la salud, se volcaba efectivamente hacia la ciencia y el arte de conocer las enfermedades y cuidar de los enfermos, individualmente; de ella derivan otros cursos de graduación como los de farmacia, odontología, enfermería, entre otros. Tales profesiones, sin embargo, se volcaban al control de episodios de enfermedades en los individuos:

...por fuerza del prestigio de la profesión médica, la extensión de conceptos tradicionales centrados en la relación médico/paciente fue determinante para que la gestión universitaria visualizara el estudio y las soluciones de los problemas del conjunto de los individuos como una extensión del objeto de la medicina y de sus profesiones derivadas. (Padilha, 1997, p. 1)

El modelo biomédico se tornó hegemónico en el siglo XX, sobre todo ante las propuestas del Informe Flexner; e influyó, a partir de la Johns Hopkins University, a la formación de sanitaristas (Fee, 1987) como apenas una de las especializaciones posibles para los graduados de las ciencias de la salud. Por lo tanto, el modelo médico hegemónico no se desarrolló casualmente ni debido a propuestas técnicas de un determinado informe. Fue el resultado de elecciones políticas, funcionales a los intereses de un complejo médico-industrial que por entonces se formaba a partir de EEUU.

En cambio, como campo de saber y ámbito de prácticas, la salud colectiva tuvo su desarrollo histórico en América Latina durante las tres últimas décadas a partir de la crítica al modelo médico hegemónico, a los movimientos ideológicos referentes a la higiene, medicina preventiva, medicina comunitaria, medicina familiar, como también en relación con la salud pública institucionalizada (Donnangelo, 1983; Paim & Almeida Filho, 2000).

Actualmente, se encuentra en condiciones de madurez teórica, metodológica y operativa suficientes para enumerar competencias y articular valores que permitan la constitución de nuevos sujetos sociales comprometidos con la defensa de la vida y la salud del público.

En las discusiones sobre la denominada *crisis de la salud pública* y en la búsqueda de nuevos paradigmas, promovidos por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, la Academia de Medicina de EEUU y la Asociación de Educación en Salud Pública de América Latina y del Caribe, se han ido incorporando nuevas ideas y reflexiones sobre este campo de saber (PAHO, 1992). En este sentido, se destaca el reconocimiento de que la salud pública y la salud colectiva no constituyen una especialidad médica (Belisário, 1995). Aunque formen parte del área de la salud, sus intersecciones son cada vez más amplias y profundas con las ciencias humanas, la economía, la administración, la comunicación social, el *marketing*, la pedagogía, el derecho, la ecología, entre otras. De allí surge la recomendación de la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, en cuanto a que las instituciones formadoras de este personal de salud pasen por un proceso de *independización* de las facultades de medicina, y establezcan redes con otras unidades académicas que posibiliten la interdisciplinariedad o la transdisciplinariedad (Alaesp, 1994).

El objetivo de este texto es discutir el objeto y la práctica de la salud colectiva analizando, en el contexto brasileño, la pertinencia de la formación de un nuevo profesional en el ámbito de la graduación.

Movimientos ideológicos contemporáneos: promoción de la salud y funciones esenciales de la salud pública

A fines del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud apoyaron a dos grandes movimientos ideológicos en el campo social de la salud: la promoción de la salud y las funciones esenciales de la salud pública.

La promoción de la salud, inicialmente considerada uno de los objetivos de la salud pública o uno de los niveles de prevención, adquirió relevancia cuando el Ministerio de Salud de Canadá presentó el Informe Lalonde en 1974, basado en la noción de *campo de la salud*, compuesto por cuatro polos: biología humana, medioambiente, sistemas de salud y estilo de vida. Posteriormente, la divulgación de la Carta de Ottawa, en 1986, estableció un concepto amplio de la salud y sus determinantes,

sistematizando propuestas centradas en el cambio de los estilos de vida y en la defensa de políticas públicas saludables. El concepto y las estrategias de la promoción de la salud fueron respaldados por organismos internacionales, y la Organización Mundial de la Salud lanzó el Proyecto Ciudades Saludables en 1986 (Teixeira, 2002)².

Mientras en la región de las Américas la Organización Panamericana de la Salud debatía la crisis de la salud pública (PAHO, 1992), la Organización Mundial de la Salud promovió la discusión de propuestas internacionales en torno de las denominadas *nueva salud pública y funciones esenciales de la salud pública* (Paim, 2001). Desde esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud organizó un grupo de trabajo sobre “Reforma sectorial y funciones esenciales de la salud pública: implicancias para la educación en salud pública”. Este grupo se reunió en Washington entre el 29 de junio y el 1 de julio de 1998, con el propósito de identificar las implicancias para la educación, investigación e intervención en salud pública derivada de los procesos de la reforma del sector salud y de la definición de las funciones esenciales de la salud pública. En esa oportunidad, fueron identificadas las siguientes prácticas sociales, vinculadas a las funciones esenciales de la salud pública:

- a) Construcción de entornos saludables y mejora de las condiciones de vida.
- b) Desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y de la salud.
- c) Generación de inteligencia en salud.
- d) Atención a las necesidades y demandas en salud.
- e) Garantía de la seguridad y calidad de bienes y servicios relacionados con la salud.
- f) Intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.

Algunos desdoblamientos de este trabajo se producen en la XI Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, en 1998, en México (OPS & OMS, 2000), y en la reunión de la Asociación de Educación en Salud Pública de América Latina y del Caribe, en Cuba, en 2000 (OPS/OMS/Alaesp, 2001). En Brasil, diversos especialistas fueron invitados por el Ministerio de Salud en 2002 para la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, a partir de la utilización de una guía elaborada por la Organización

² En Brasil, la promoción de la salud se vincula cada vez más al campo de la salud colectiva, se integra a la noción de *vigilancia de la salud* y estimula, actualmente, la formulación de políticas al interior del Ministerio de Salud, además de ampliar el ámbito de discusión en los congresos de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva y en eventos específicos.

Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y el Centers for Disease Control and Prevention. En esa oportunidad, fueron evaluadas las siguientes funciones esenciales de la salud pública:

- a) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud.
- b) Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.
- c) Promoción de la salud.
- d) Participación de los ciudadanos en salud.
- e) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública.
- f) Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en salud pública.
- g) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- h) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- i) Garantía y mejora de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- j) Investigación en salud pública.
- k) Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud (OPS/OMS/CDC, 2001).

A pesar de las críticas que se pueden realizar a tal movimiento ideológico, a la formalización de esas funciones (Paim, 2001) y al respectivo proceso de medición, la referencia a las funciones esenciales de la salud pública, en el mismo momento en el que se discute la formación de un nuevo profesional de salud colectiva, puede servir de contrapunto en relación con las competencias a ser identificadas para la graduación y la posgraduación. Esa vía amerita ser explorada siempre y cuando no se pierda de vista todo el trabajo teórico y epistemológico desarrollado en Brasil para delimitar el campo de la salud colectiva.

El objeto y la práctica de la salud colectiva

La elaboración teórica sobre las *prácticas de salud*, como componente de la práctica social (Donnangelo, 1976), posibilita pensar la especificidad de las prácticas de salud colectiva en sus momentos constitutivos: objeto, medios de trabajo, trabajo propiamente dicho, agentes y relaciones técnicas y sociales (Mendes Gonçalves, 1994).

Tomar como referencia las prácticas de salud para la elaboración de un proyecto educativo implica considerar estas dimensiones objetivas del trabajo en el ámbito de la salud colectiva. Este enfoque, además de propiciar una aproximación de la enseñanza al mundo del trabajo y, en consecuencia, a los servicios de salud, promueve una reflexión crítica sobre los modelos de atención en distintas coyunturas a partir del análisis de las relaciones sociales que permean tales prácticas, como también de las representaciones sociales de los agentes sobre la situación de salud y su inserción en las instituciones.

La salud pública, como campo de saber y de intervención sobre la situación de salud, trae desde su surgimiento algunos elementos relativamente persistentes: actuación sobre el colectivo, aunque insuficientemente conceptualizado, y aproximación al Estado. Sobre la base de estos elementos se pueden considerar tantas visiones de la salud pública como concepciones sobre el colectivo/social y sobre la naturaleza y los modos de intervención del Estado que existan en cada formación social (Paim, 2002).

Las diferentes perspectivas doctrinarias que recorren la salud pública son fruto de la variación de esas visiones, presentes en diversos movimientos de reforma en salud, incluso en lo referente al reciente movimiento de las funciones esenciales de la salud pública. En Brasil, la convivencia contradictoria de estos movimientos desde la década de 1970 posibilitó la redefinición de la salud pública y el desarrollo de la salud colectiva como campo abierto a nuevos paradigmas (Paim & Almeida Filho, 2000).

Este campo de saber y ámbito de prácticas se enfrenta al modelo médico hegemónico. De allí el permanente cuestionamiento sobre el campo: ¿cuál es la crisis de la salud pública?; ¿qué es la salud colectiva?; ¿quién es el sanitarista?; ¿cuál es el trabajo del sanitarista?; ¿cuál(es) es(son) la(s) práctica(s) del trabajador en salud colectiva?; ¿cuáles son las funciones del sanitarista y qué prácticas puede ejercer en los servicios de salud y en la acción intersectorial?; ¿qué habilidades, conocimientos y valores debe disponer tal profesional frente a situaciones de salud que se modifican y de organizaciones de servicios que se redefinen? (Paim, 2002).

En este sentido, la reconceptualización del objeto de las prácticas de salud colectiva y la reflexión epistemológica sobre el concepto de *salud* imponen la redefinición de los medios de trabajo y de las actividades, como también la reconfiguración del agente-sujeto. Del mismo modo, en la medida en que un determinado contexto favorece la instalación de nuevas relaciones técnicas y sociales bajo las cuales se realiza el trabajo de esos sujetos-agentes, cabe repensar la formación de nuevos sujetos-agentes.

Al admitir que una *práctica*, como proceso de trabajo, está constituida por tres componentes básicos, esto es, objeto, instrumentos de trabajo y

actividades, se puede analizar la práctica en salud colectiva desarrollando una reflexión sobre la naturaleza y especificidad de cada uno de estos componentes (Schraiber, 1990; Mendes Gonçalves, 1994).

Si el *objeto* fuera reconocido como necesidades sociales de salud, y no solo como problemas de salud (riesgos, daños, enfermedades y muertes), se impondría un análisis de esas necesidades y sus determinantes. Para proceder a una aproximación a ese objeto, manipularlo y/o transformarlo, son necesarias tecnologías o medios de trabajo. Esos instrumentos de trabajo necesitan dar cuenta del carácter colectivo del objeto, tanto en su aprehensión como en su transformación.

Las necesidades de salud no se agotan en la demanda, en las *necesidades sentidas*, las *necesidades médicas*, las *necesidades de los servicios de salud*, o en las enfermedades, carencias, riesgos y sufrimientos (Paim, 1980). Incluso si las necesidades sociales de salud fueran reducidas a problemas de salud en las poblaciones, el saber epidemiológico, y no la clínica, representaría el medio de trabajo fundamental para su aprehensión y, parcialmente, para su explicación.

Sin embargo, si las necesidades sociales no fueran reductibles a problemas de salud, pero abarcaran las condiciones necesarias para gozar de salud (incluso los determinantes socioambientales), los instrumentos de trabajo para la aprehensión del objeto provendrían de otros saberes: antropología, sociología, economía, política, ecología, etc. El carácter abarcador del objeto y, especialmente, la comprensión amplia sobre los determinantes sociales y ambientales de los problemas de salud señalan que los servicios de salud, en tanto medios de trabajo, serían insuficientes para transformar tal objeto. Las tecnologías empleadas en el ámbito de los servicios para el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, aunque eventualmente son eficaces en el plano individual (clínica), pueden ser ineficaces en relación con las necesidades sociales de salud (Paim, 1996). Del mismo modo, las *herramientas* del trabajador en salud colectiva deben ser orgánicas al carácter colectivo y socialmente determinado del objeto.

La contribución de las ciencias humanas, de la filosofía y del arte en la definición de esas necesidades permitiría incorporar la idea de *proyecto* por cuanto el trabajo humano que justifica la atención de una necesidad supone, previamente, la visualización de una finalidad (Schraiber & Mendes Gonçalves, 1996). El concepto de *necesidad radical* (Heller, 1986), al mismo tiempo que aporta elementos para una teoría de las necesidades en salud, estimula a pensar la idea de *proyecto* o *ideales de salud*, sobre todo cuando se buscan modelos de atención volcados a la calidad de vida.

Desde esa perspectiva, las necesidades pueden ser entendidas no solo como carencias o problemas de salud (enfermedades, daños y riesgos), sino como proyectos que expresan una necesidad radical: aquello que un ser necesita para continuar siendo un ser; o en palabras de Mendes Gonçalves (1992, p. 19): “aquello que ‘necesariamente’ debe ser satisfecho para que un ser continúe siendo un ser”. Así, la defensa de la salud, del ambiente, de la vida y de su calidad, como también el goce estético, el producir para vivir, el entretenimiento y el arte, pasan a integrar proyectos que actualmente se construyen bajo rótulos diversos, tales como promoción de la salud, ciudades saludables, políticas públicas saludables, etc.

En consecuencia, la reconceptualización de las necesidades sociales de salud, impuesta más por la realidad que por una opción de reflexión teórica, apunta a la pertinencia de estructurar conocimientos y habilidades que conformen competencias profesionales orgánicamente vinculadas a las exigencias de nuevos tiempos.

En lo referente al trabajo propiamente dicho de ese agente, el hecho de volcarse a un conjunto de prácticas estructuradas sobre el colectivo lo impulsa a ejercer funciones de dirección del proceso colectivo de trabajo (planificación, programación, control y evaluación) como forma de viabilizar la intervención estructurada para atender a tales necesidades. Por lo tanto, sus actividades envuelven una dimensión epidemiológica y social de los medios de trabajo que incide en la aprehensión de las necesidades de salud y en la selección de tecnologías para dar cuenta de ellas, y una dimensión organizacional/gerencial que apunta a la aprehensión de los problemas de los servicios de salud y de las organizaciones, como también a la adopción de procedimientos que interfieren en la factibilidad y en la viabilidad del trabajo colectivo en salud. De allí que el trípode de la salud colectiva esté asentado en la epidemiología, en la planificación y gestión y en las ciencias sociales en salud.

La realización de esas actividades y la utilización de esos medios de trabajo confieren una doble faz del profesional en salud colectiva: técnico de necesidades de salud y gerente de procesos de trabajo en salud o de producción de servicios. Al mismo tiempo que necesita identificar, describir y explicar la ocurrencia de necesidades, y producir información para el establecimiento de prioridades, debe seleccionar técnicas y modos de intervención para enfrentarlas y, también, gerenciar un conjunto de trabajos cuyos productos (o servicios) ocasionan resultados (impactos) sobre la salud de la colectividad (Paim, 2002).

El trabajo en salud colectiva, además de las dimensiones técnica, económica, política e ideológica, envuelve un componente ético esencial

vinculado a la emancipación de los seres humanos. No se trata de un trabajo cualquiera, sino de un conjunto de actividades éticamente comprometidas con su objeto: las necesidades sociales de salud. Este trabajo, por lo tanto, está íntegramente atravesado por valores de solidaridad, equidad, justicia y democracia.

Así, para la comprensión del trabajo del profesional de salud colectiva no basta con reconocer que los procesos utilizados por la clínica o la epidemiología y la gestión son distintos. Al recorrer las tecnologías centradas en el colectivo y al ejercer funciones de dirección, planificación, supervisión y control sobre un conjunto de prácticas de salud, este profesional necesita dominar conocimientos y habilidades específicas no reductibles a las ciencias biológicas o de la salud. De un modo más simplificado y resumido, se puede reconocer a tal profesional como un técnico de necesidades sociales de salud y un gerente de procesos colectivos de trabajo en salud, volcado a la realización de acciones de vigilancia, planificación, gestión, control, evaluación, además de intervenciones sociales organizadas dirigidas a la promoción, protección, comunicación y educación en salud (Paim, 2002).

Análisis preliminar del contexto

En el caso brasileño, la exigencia de un nuevo profesional de salud colectiva, en este momento, resulta más contundente que la discusión de movimientos ideológicos o de nuevos marcos conceptuales. Desde el inicio de la implementación de la Reforma Sanitaria, con la implementación del SUS, hubo un esfuerzo de calificación de recursos humanos a nivel de perfeccionamiento, especialización y posgraduación, específicamente en salud colectiva.

La política de descentralización de la salud, impulsada por instrumentos normativos (Normas Operacionales Básicas del Sistema Único de Salud en 1993, 1996 y Norma de Asistencia a la Salud SUS 2001) y sustentada por la expansión del Programa de Agentes Comunitarios de Salud, el Programa de Salud Familiar y el Programa de Interiorización del Trabajo en Salud, ha requerido de personal con formación en salud colectiva. Como consecuencia de este proceso general se produjo una profunda redefinición de las funciones y competencias de los diferentes niveles de gobierno del SUS. La implementación de nuevos modelos asistenciales, que buscan privilegiar la intervención sobre los determinantes de la situación de salud, grupos de riesgo y daños específicos vinculados a las condiciones de vida, deberá racionalizar la atención médico-ambulatoria y hospitalaria de acuerdo con

el perfil de las necesidades y demandas de la población, y expandir la acción intersectorial en salud (Teixeira, 2002)³.

Las colaboraciones desarrolladas entre las instituciones formadoras, el Ministerio de Salud y las secretarías estatales y municipales de salud han posibilitado la calificación de miles de profesionales y trabajadores en salud colectiva, casi con carácter de urgencia, para dar cuenta, en poco tiempo, de las necesidades más inmediatas de los servicios de salud. Sin embargo, los Polos de Capacitación en Salud Familiar no consiguieron atender a toda la demanda de formación. Los esfuerzos iniciales de educación a distancia realizados por la Escuela Nacional de Salud Pública, entre otras, tampoco han garantizado la satisfacción de las carencias de formación de agentes para todo el país en las áreas de vigilancia sanitaria, salud ambiental, vigilancia epidemiológica, gestión de sistemas de servicios de salud, planificación, programación, etc.

Por último, estamos ante un proceso tal vez único en el mundo, en el que un país con 170.000.000 habitantes, 8.500.000 km² y cinco grandes regiones con características de lo más diversas, decide implementar un sistema de salud descentralizado, que abarque más de 5.500 municipios y que, en menos de diez años, consigue involucrar a esos entes federativos en la gestión municipal de salud, con la coordinación de 26 unidades federativas.

Cabe recordar que, en el campo de la salud, el profesional que se involucra con los problemas colectivos que afligen a las comunidades ha sido denominado y reconocido como *sanitarista* o *salubrista*. Aunque tal denominación pueda ser redefinida ante la crisis de la salud pública institucionalizada y el surgimiento de nuevos paradigmas a partir de la construcción del campo de la salud colectiva, algunas convergencias, diálogos e identidades producidos por las escuelas de salud pública e institutos de salud colectiva en Brasil pueden describir un perfil general de este profesional: su conocimiento de las enfermedades, daños, riesgos y determinantes se vuelca a los aspectos que, de forma colectiva, facilitan u obstaculizan su ocurrencia o su progreso, reservando la atención personalizada de los enfermos a los tradicionalmente graduados. Por lo tanto, su formación prescinde, hasta cierto punto, de los conocimientos clínicos y terapéuticos específicos requeridos a los profesionales volcados a la atención de cada individuo aisladamente. Su habilitación, sin embargo, lo capacita para cooperar con los demás profesionales en

³ Otras iniciativas, en el contexto de los programas estratégicos del Gobierno Federal en los últimos años, como Brasil en Acción y Avanza Brasil, han contemplado la problemática intersectorial de la promoción de la salud, particularmente en lo referente al saneamiento, desarrollo urbano, empleo e ingresos, acción social, educación y medioambiente.

situaciones particulares, siempre que estén debida y oportunamente entrenados para esta tarea (Padilha, 1997).

El contexto anteriormente descrito exige, por lo tanto, una masa crítica de profesionales con una formación básica en salud colectiva, que contemple la epidemiología, las ciencias sociales en salud y la planificación en gestión, además de los núcleos temáticos correspondientes a la salud ambiental y ocupacional, vigilancia en salud, educación y comunicación social en salud, derecho sanitario, economía de la salud, entre otros⁴.

Esta demanda tiende a presentarse de forma más significativa en la medida en que los esfuerzos por el cambio del modelo asistencial hegemónico se intensifiquen en los próximos años y décadas. En esta línea se inscribe la expansión de la estrategia de salud familiar, dado que el Programa de Salud Familiar alcanzó la implementación de 15.000 equipos que equivalen a una cobertura de 50.000.000 de brasileños a inicios de la presente década⁵. Otros modelos de atención, progresivamente propuestos y experimentados, con énfasis en la promoción y protección de la salud, como la vigilancia de la salud, las acciones programáticas de salud desarrolladas en el nivel local, municipios saludables, entre otros, exigirán recursos humanos con formación en salud colectiva capaces de apoyar la implementación de estrategias volcadas a la directriz de la integralidad de las acciones en salud y al desarrollo de políticas públicas intersectoriales.

El proceso de producción de trabajadores en salud colectiva

En Brasil, la formación de recursos humanos en salud pública se inició en 1925, a través del curso de higiene y salud pública dedicado a la formación de médicos sanitarios. Desde entonces, la formación y la utilización de ese agente ha sufrido inflexiones relacionadas con el desarrollo de las políticas públicas y con las formas de estructuración de las prácticas de salud. De este modo,

⁴ Si en la peor de las hipótesis, cada municipio necesitara como mínimo cuatro nuevos profesionales con tal formación, deberían formarse 22.000 nuevos agentes para que un modelo asistencial comprometido con el principio de la integralidad de la atención, tal como lo establece la Constitución de la República y las Leyes Orgánicas de Salud y reiteran las recomendaciones de las conferencias nacionales de salud, pudiera ser implementado y desarrollado con calidad, efectividad y humanización. Se trata, por lo tanto, de una estimativa minimalista. Estudios más consistentes podrán señalar una mayor demanda en un futuro cercano, que podrían ser atendidas por las universidades públicas, incluso a través de cursos nocturnos.

⁵ A fines de 2008 ya se habían implementado casi 30.000 equipos, con una cobertura de aproximadamente 50% de la población brasileña.

el especialista en salud pública pasó a tener una composición multiprofesional, exhibiendo en el desarrollo histórico de los modelos tecnoasistenciales, innumerables fases: campañista, desarrollista, racionalizadora/modernizante, médico-social, generalista y gerencial (Belisário, 1995).

Con el surgimiento de la salud colectiva, la producción de especialistas fue sometida a la hegemonía de la posgraduación *stricto sensu*, importada del modelo norteamericano de la escuela de salud pública que refuerza el *modo escolar*, disociando el trabajo del estudio (Paim, 1985). Su desarrollo más reciente admite tipos menos homogéneos de formación, como ciertos programas de residencia multiprofesional, maestrías profesionales y algunas experiencias de cursos de actualización y de especialización desarrolladas por instituciones académicas de salud colectiva, apoyadas por el Ministerio de Salud y la representación de la Organización Panamericana de la Salud.

En el área de salud colectiva se han experimentado nuevas estrategias de formación de personal de nivel superior, que buscan una aproximación con los servicios de salud, aunque fueron insuficientes para superar el *modo escolar*. Sin embargo, en la medida en que el objeto de enseñanza se constituya efectivamente como *sujeto que trabaja*, se podrán instaurar nuevas relaciones de enseñanza, al redefinir el *modo escolar* de producción de esos sujetos. Su potencial instituyente debería, por lo tanto, ser estimulado considerando los distintos proyectos en disputa en las instituciones concretas y coyunturas específicas que apunten a la reorganización del sistema de salud.

El desarrollo teórico-conceptual, metodológico y operativo de la salud colectiva en Brasil en los últimos treinta años, y el florecimiento de las ciencias sociales y humanas en el campo de la salud, particularmente de la economía, de la administración, de la antropología, de la sociología, de la psicología, junto a la epidemiología y las ciencias de la información y de la comunicación hicieron patente:

...no solo la independencia de la producción de bienes y servicios de salud con relación a los conocimientos de base ofrecidos por las referidas graduaciones tradicionales, sino también el grave desvío de la función, experimentado por los profesionales con tales graduaciones al insertarse en la producción de servicios de salud, cuando las exigencias se vuelcan a la atención de las colectividades. (Padilha, 1997, p. 2)

En consecuencia, el espectro de actuación del profesional de la salud colectiva es el de describir, explicar y pronosticar el comportamiento de las enfermedades en las colectividades, manejar los medios y modos para la prevención,

control, eliminación o erradicación de enfermedades o daños y participar de los esfuerzos para la protección y promoción de la salud de las comunidades, que apunten a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones. La formación de un profesional con tal perfil a nivel de la graduación requiere de la adquisición de conocimientos y habilidades provenientes de la epidemiología, de las políticas de salud, de la planificación y gestión (incluyendo gerencia de sistemas, establecimientos, red de unidades, líneas de producción y procesos de trabajo), de la economía, de la información, de la comunicación y de la educación, entre otras.

¿Por qué formar a los agentes de salud colectiva en la graduación?

Es evidente que hay un número incalculable de comunidades en el país desatendidas en lo referente a las acciones posibles a ser realizadas por un profesional con tal perfil, lo que da una idea de la demanda no atendida y, en consecuencia, de la posibilidad de expansión de esas acciones. Esa desatención puede ser explicada en parte por la adhesión de las autoridades sanitarias del país al modelo médico hegemónico de matriz flexneriana, cuya organización de servicios se centra en la asistencia médicohospitalaria. Los esfuerzos emprendidos por algunos dirigentes en los últimos años con vistas a la reorientación del modelo de atención precisan ser respaldados por la formación ampliada de profesionales de salud colectiva que operen, en el cotidiano de los servicios, los desafíos de esa transformación.

De acuerdo con la perspectiva de ciertas corrientes teórico-conceptuales de la sociología de las profesiones, un proceso de profesionalización puede implicar los siguientes pasos:

El trabajo se transforma en una ocupación de tiempo completo.

Se crean escuelas para que la transmisión de conocimientos a los aspirantes sea realizada de manera sistematizada por pares experimentados.

Se forma la asociación profesional, al definirse los perfiles profesionales que darán identidad al grupo.

Se reglamenta la profesión.

Se adopta un código de ética y se establecen normas y reglas profesionales (Machado, 1995, p. 19).

Es posible inferir que ya se han concretizado muchos de estos pasos con respecto al profesional de la salud colectiva en Brasil. Solo se ha restringido la

formación a la posgraduación y la profesión no fue reglamentada ni tampoco se estableció su código de ética. Estos pasos, en el caso de ser necesarios, podrán ser planteados en la medida que la formación de ese profesional y su inserción en el mercado de trabajo obtenga el apoyo para la construcción de su viabilidad.

Por consiguiente, no es posible ni deseable que el conjunto de estos profesionales sea formado en la posgraduación (*lato y stricto sensu*). Entonces, ¿por qué apostar a la formación en salud colectiva en el nivel de la graduación, articulando el mundo de la enseñanza con el mundo del trabajo?

En primer lugar, porque no se justifica, racionalmente, esperar seis años de carrera médica, cinco de odontología y psicología, cuatro de enfermería, nutrición, asistente social, etc., para luego capacitar a esos profesionales en el área de salud colectiva. Por mejor que haya sido la enseñanza de las disciplinas de esa área en los cursos de graduación, las competencias adquiridas son limitadas, además de subalternas al modelo médico hegemónico que estructura las prácticas educativas en las instituciones de enseñanza. La graduación en salud colectiva acorta el tiempo de formación profesional, pues promueve una economía sustancial, al prescindir un gasto extraordinario en la enseñanza de disciplinas que no contribuyen al formato profesional deseado. Del mismo modo, su articulación con el trabajo en servicio desde el primer año de la graduación podría prescindir de gran parte de la carga horaria consumida por los programas de residencia al buscar la formación en servicio, en el sentido de ofrecer experiencia práctica a médicos, enfermeros, odontólogos, psicólogos y asistentes sociales que no la hayan obtenido en sus respectivas graduaciones.

En segundo lugar, la formación de posgraduación limitó significativamente la producción de este especialista. La relación costo-beneficio de la formación de tales profesionales exclusivamente en la posgraduación es menos favorable que la alcanzada en la preparación de un profesional en salud colectiva en el período de tres años, con la posibilidad de una habilitación específica con un año más. De este modo, la posgraduación será, efectivamente, una especialización y una calificación avanzada y no un curso básico para la formación en masa del personal necesario para el desarrollo de las prácticas de salud colectiva en el SUS ni una estrategia de corrección de deficiencias acumuladas en la graduación.

En tercer lugar, porque para el SUS, la descentralización y la expansión de la estrategia de salud familiar, la vigilancia de la salud y la acción intersectorial en salud, es perentorio reorientar el modelo asistencial dominante. Es indefendible confinar al profesional de salud colectiva a las unidades de administración central de los órganos públicos (ministerios y secretarías

estatales y municipales de salud) cuando la reorganización de las prácticas de salud en los sistemas locales, en las unidades de salud y hasta en el apoyo a los equipos de salud familiar requiere de habilidades y competencias en salud colectiva. Mantener el desempeño del especialista en la administración central o regional (exceptuando la histórica experiencia de la Secretaría de Salud del estado de San Pablo en la década de 1970), puede resultar un trastorno doblemente perverso: por un lado, privar a los establecimientos de salud de ese profesional calificado y, por otro, forzar una relación profesional desvirtuada, en la cual las acciones propuestas por los especialistas del nivel central pasan a ser realizadas por los profesionales no habilitados para esa tarea (Padilha, 1997).

Hace más de diez años se ha planteado formar al profesional de salud colectiva en el ámbito de la graduación. Los profesores de las escuelas de salud pública brasileña y de institutos y núcleos de salud colectiva han defendido esa idea en reuniones públicas⁶. Del mismo modo, el Ministerio de Salud ha manifestado su interés en apoyar los esfuerzos para la implementación de ese proyecto.

Por lo tanto, ya es tiempo de superar el dilema, de desencadenar el proceso de formación de ese profesional: ¿se le señala al mercado de trabajo cuáles son los avances tecnológicos con los que se dispone para enfrentar los problemas asociados al desarrollo de la sociedad, o prudentemente se mantiene la estructura vigente de tecnologías para atender la demanda convencional? Con la primera opción, se corre el riesgo de emplear recursos para crear un contingente de trabajadores que el mercado no absorba; con la segunda, el riesgo es el de privar al mercado de los avances que favorezcan la eficiencia de los procedimientos y la eficacia de los servicios y bienes a ser consumidos por la población (Padilha, 1997). No obstante, es posible identificar, actualmente, signos en el mercado de trabajo que señalan posibilidades de empleo para el personal con tal formación. Cabría a las universidades prestar atención a tal señalamiento y preparar el personal para abastecer al mercado de trabajo con estos recursos humanos.

⁶ Paulo Buss, Jose Maria Pacheco, Roberto Medronho, Lúgia Maria Vieira da Silva son, por ejemplo, profesores que han defendido en reuniones públicas la idea de formar al profesional de salud colectiva en el ámbito de la graduación. Tal propuesta ha sido desarrollada desde su creación por Naomar de Almeida Filho, actual rector de la Universidad Nacional de Bahía y uno de sus mayores entusiastas. Más recientemente, la Universidad Federal de Río de Janeiro formuló un proyecto en esa dirección, que contó con el compromiso del rector y profesor Carlos Lessa para su implementación. El gobierno de Río Grande del Sur dio inicio en 2001 a la graduación en salud colectiva con énfasis en la gestión en salud. En 2009, se crearon diversos cursos, en universidades como la Universidad Federal de Río de Janeiro, la Universidad Nacional de Bahía y la Universidad de Brasilia, entre otras.

Responder a la situación analizada y a los desafíos planteados por la agenda no agotada de la Reforma Sanitaria Brasileña significa formular un proyecto de graduación en Salud Colectiva, adecuado, consistente y sustentado por instituciones formadoras reconocidamente competentes y comprometidas con el pleno desarrollo del SUS democrático. No obstante, en el período de elaboración:

...se debe atender a la necesidad de la conquista de una clientela institucional, demostrando la validez de esta argumentación y la inevitabilidad de un desdoblamiento profesional de esta naturaleza, en función del progreso científico y tecnológico; esta conquista es particularmente importante y debe ser dirigida a los responsables de los organismos integrantes del Sistema Único de Salud, incluso porque induce a firmar convenios y acuerdos entre la Universidad y las instituciones públicas y privadas, vinculadas a las tres instancias del SUS que propicien el financiamiento para la realización del programa que les sea eventualmente propuesto. (Padilha, 1997, p. 5)

A partir de la constitución de estos nuevos sujetos de la Salud Colectiva, la sociedad brasileña podrá promover la adopción de nuevos modelos de atención más efectivos, humanizados e igualitarios. La prolongación del debate⁷ entre docentes, técnicos, autoridades y estudiosos de los problemas del sector salud para las instancias de control social del SUS, de los medios de comunicación, el Congreso Nacional y de la sociedad en general creará mejores oportunidades para promover un cambio sustancial de la situación actual.

⁷ En el seminario realizado en 2002 en Salvador, se plantearon algunas preguntas para provocar la discusión: ¿qué atributos definirían a un profesional de Salud Colectiva?; ¿en qué medida el trabajo en Salud Colectiva puede configurar un campo profesional?; ¿qué razones justificarían la exclusividad de la formación en Salud Colectiva a nivel de la posgraduación?; ¿qué ventajas podrían ser enumeradas para que la formación del profesional en salud colectiva pudiese ser realizada y finalizada en la graduación, aunque sea complementada por la posgraduación (especialización, residencia, maestría y doctorado)?; ¿qué competencias y habilidades deberían formar parte de la currícula de graduación en Salud Colectiva?; ¿qué elenco de disciplinas y contenidos programáticos mínimos debería constituir el plan de estudios de graduación en Salud Colectiva?; la formación en Salud Colectiva en la graduación, ¿exigiría la reglamentación de una nueva profesión en Brasil?

Capítulo 5

Movimientos en el campo social de la salud¹

Introducción

Este capítulo presenta distintos movimientos de ideas que influyeron en el campo social de la salud durante el surgimiento y el desarrollo del capitalismo central y periférico, a saber: policía médica, higiene, medicina social, salud pública, medicina preventiva, salud comunitaria, medicina familiar, promoción de la salud, salud colectiva y nueva salud pública. En este sentido, presenta los siguientes objetivos:

- Identificar ciertos límites de los estudios históricos sobre medicina y salud pública, que enfatizan la historicidad de los medios científicos y tecnológicos en detrimento de la historicidad de los objetivos y finalidades de las prácticas de salud.
- Describir las características básicas de los movimientos arriba mencionados.
- Comparar estas concepciones y prácticas de salud en función de los vectores relativos a los movimientos sociales e ideológicos, a la acción política y a la producción de conocimientos.
- Discutir posibles determinantes y condicionantes del surgimiento y desarrollo de estos movimientos.
- Comentar las tendencias actuales de la salud pública/salud colectiva.

¹ Texto elaborado para la *Red Interamericana de Formación sobre los Determinantes Sociales de la Salud* (Redet). Convenio Université de Montréal, Quebec, Canadá/Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil, 2004.

El texto presenta abordajes históricos en el estudio del campo social de la salud, sus límites y posibilidades, explicitando un marco de referencia centrado en cuatro vectores: a) movimientos ideológicos; b) movimientos sociales; c) acción política; d) producción de conocimientos. A continuación, intenta describir las características básicas de los movimientos aludidos. Concluye con algunos comentarios sobre las tendencias actuales de la salud pública/salud colectiva, y las perspectivas de diálogo académico norte-sur.

Marco de referencia teórico

Los estudios históricos sobre salud pública tienden a indicar un conjunto de acciones sobre los colectivos humanos y sobre el ambiente desde la Antigüedad: baños públicos y redes sanitarias en Roma o el cuidado del cuerpo y la forma física en Grecia (Rosen, 1994). Aunque tengan la importancia de sugerir la historicidad de las acciones de salud, presentan el problema de limitarse a la historiografía de los medios, descuidando la historicidad de los objetivos y las prácticas sociales (Donnangelo, 1976).

Por lo tanto, resulta necesario distinguir la *historia de las conductas preventivas* o la *historia de las medidas colectivas* en relación con la historia de la salud pública y de la salud colectiva. En realidad, desde Hipócrates, las conductas preventivas se confunden con la propia historia de la medicina y con las acciones colectivas en defensa de la salud y en la prevención y control de las enfermedades (Rosen, 1979; 1994).

El marco teórico de referencia para orientar al presente texto busca asumir la historia no como una sucesión lineal de hechos, fechas y nombres de luminarias, sino como la superación de modos de producción en tanto discontinuidades; en síntesis, como resultado de las luchas de clase y de sujetos sociales con distintos proyectos político-ideológicos, en el que las personalidades o actores detentan un espacio de iniciativa y, por ende, están condicionados por las estructuras y por las circunstancias:

...la historia de las ciencias es básicamente la historia de las ideas y [...] estas encuentran su especificidad en la relación que poseen con la estructura social que las generó y permitió su aparición [lo que amerita examinar] la construcción del concepto en su dimensión histórica. (Arouca, 2008, p. 32, 40)

De algún modo, el énfasis en los sujetos (centralización antropológica) o en las estructuras (sesgo estructuralista) ha polarizado el abordaje histórico y las corrientes de las ciencias sociales (Minayo, 2001):

Esa identidad mediada por los contrarios deconstruye la subjetividad soberana. La encontraremos en Marx, en la relación entre el carácter reificado (objetal) de la relación social (los individuos como soportes —*Träger*— de la estructura) y la voluntad subjetiva de cambiar el mundo. El olvido de esa unidad contradictoria lleva a interpretaciones unilaterales abstractas, por un lado, estructuralista-objetivista (la eliminación radical del sujeto se realiza en la contemplación de la maquinaria estructural), y por otro, humanista-voluntarista (reduciendo la crisis de la humanidad a su (Bensaïd, 1999, p. 376)

En este caso, sin despreciar las contribuciones de los sujetos, se pretende contextualizar los hechos socialmente producidos al discutir posibles determinantes y condicionantes. Así, se podrían analizar las prácticas de salud volcadas al colectivo y al ambiente, en distintos modos de producción, tales como la esclavitud, el feudalismo, el capitalismo (García, 1972), o incluso, el socialismo.

Se admite así que los modos en que las sociedades identifican sus problemas de salud buscan su explicación y se organizan para enfrentarlos, varían históricamente y dependen de determinantes estructurales económicos, políticos e ideológicos. De este modo, el campo de la salud pública que se ha desarrollado desde el pasaje del feudalismo al capitalismo y, especialmente, a partir de la Revolución Industrial, sufre las influencias de esos determinantes sociales y pasa por recomposiciones en función de nuevas relaciones entre la sociedad y el Estado (Paim, 1992).

A partir de ese marco de referencia teórico, la *salud pública* es entendida como una práctica social y, en consecuencia, no está libre de las determinaciones de la estructura social (Donnangelo, 1976), al estar sometida a la dinámica interna de las relaciones sociales predominantes en un determinado contexto, particularmente en lo referente a las luchas entre clases y grupos sociales (Therborn, 1989).

En el pasaje del feudalismo al capitalismo, el campo social de la salud fue atravesado por un conjunto de *movimientos, ideológicos y sociales*, además de la *acción política* y la *producción de conocimientos*, que constituyen los vectores para la delimitación del campo de la salud pública y la salud colectiva.

En la medida en que forman parte de la estructura social (estructura de las prácticas sociales o prácticas sociales estructuradas), las ideologías y las prácticas de salud contribuyeron a la constitución del capitalismo y, al mismo

tiempo, participaron de su expansión y reproducción (Donnangelo, 1976; Mendes Gonçalves, 1992).

Para dar cuenta de los propósitos que norlean el presente texto, la salud pública y la salud colectiva serán analizadas a partir de un marco de referencia centrado en cuatro vectores: a) movimientos ideológicos; b) movimientos sociales; c) acción política; d) producción de conocimientos.

Los *movimientos ideológicos* pueden ser definidos como un conjunto de prácticas ideológicas relacionadas con el cambio de creencias o visiones del mundo (Arouca, 2008). Los *movimientos sociales* están constituidos por prácticas sociales (económicas, políticas e ideológicas), volcadas a enfrentar las necesidades sociales y a la realización de demandas políticas. Ya la *acción política* es entendida como intervención social dirigida a la movilización de voluntades y grupos sociales que apunten a alterar una correlación de fuerzas y la distribución del poder. Finalmente, la *producción de conocimientos* abarca un conjunto de prácticas teóricas y científicas volcadas a la identificación, análisis, explicación e interpretación de fenómenos y hechos, de acuerdo con las reglas del método científico y con los paradigmas vigentes.

Policía médica

La policía médica aparece junto al nacimiento del capitalismo, con la expansión del comercio mundial y con el surgimiento de los Estados absolutistas europeos, particularmente en los estados germanos:

El significado social asumido por la medicina, con el surgimiento del capitalismo, ya se esbozaba durante el período mercantilista, articulado al papel que desempeñaba en el proceso de acumulación de riquezas. Al marcar la etapa de transición del modo feudal al modo capitalista de producción, el mercantilismo como doctrina y forma de organización social, al mismo tiempo económica y política, implica recurrir a diferentes medios de acumulación por parte de las sociedades europeas: el sistema colonial, el régimen de deudas públicas, los esquemas de tributarios, el control sobre la actividad productiva interna. (Donnangelo, 1976, p. 48)

Su sistematización puede ser encontrada en la obra de Johan Peter Frank en la segunda mitad del siglo XVIII. La *salud del pueblo* se entendía como riqueza y fuerza de la nación, por lo que era responsabilidad del Estado protegerla (Rosen, 1979). Abre espacio para una intensa intervención del Estado y de los

gobiernos sobre los problemas de salud, configurando aquello que Michel Foucault (1993) denominó *medicina de Estado*:

Enunciada por Thomas Rau en 1764, y desarrollada básicamente por Johan Peter Frank, la noción de *policía médica* admite, entre otros, los siguientes principios: los médicos son responsables no solo del tratamiento de los enfermos, sino también del control y conservación de la salud de la población; ese control debe alcanzar a todos los aspectos de la vida de los individuos. Para lo tanto, es necesario: restringir el ejercicio de la medicina al personal médico competente, producto de una educación regular y eficiente; supervisar el funcionamiento de los hospitales; y promover la educación del pueblo en materia de salud. (Donnangelo, 1976, p. 50-51)

Así, la concepción de una *política* (o *policía*) *médica* reconoce la responsabilidad del Estado como definidor de políticas, leyes y reglamentos referentes a la salud del colectivo y como agente fiscalizador de su aplicación, que articula las prácticas de salud en la superestructura jurídico-política de la sociedad.

Higiene

La higiene, impregnada de las ideas de Jean-Jacques Rousseau y de ciertos ideales de la Revolución Francesa, sobre todo en lo referente al papel de la educación, se vinculaba a las doctrinas liberales según las cuales cabría a los individuos la responsabilidad por la salud. Estaba constituida por un conjunto de reglas, normas, prescripciones preventivas, recomendaciones, medidas, etc., para conservar la salud y la vida (el arte del buen vivir), a partir de la prudencia y la restricción de los excesos y vicios.

La higiene coincide con el ascenso de la burguesía al control del poder político, en tanto clase que buscaba la hegemonía dentro de la sociedad. En ese sentido, “ocupó un lugar en la sociedad civil, en tanto sistema de normas que controlaban la salud individual, y un lugar en el Estado, en tanto normas colectivas de vida” (Arouca, 2008, p. 125).

Sanitarismo

Este movimiento tiene como marcos, el Informe Chadwick en Inglaterra y el Informe Shattuck en EEUU. Las reformas sociales de entonces proponían una legislación sanitaria y el saneamiento del medio. Más allá de

que haya surgido en sociedades capitalistas con predominio del liberalismo económico y político, defendía la intervención del Estado en los problemas de salud que los individuos y la iniciativa privada no fuesen capaces de resolver. Así, la salud pública, en ese contexto, proponía medidas específicas de control de enfermedades mediante la instrumentalización del conocimiento producido por la naciente epidemiología y posteriormente por la revolución microbiana.

El Sanitarismo pasa a tener bases de producción y de reproducción académicas en Europa a partir de la creación de las escuelas de Liverpool y de Londres a fines del siglo XIX. London School of Hygiene and Tropical Medicine, inaugurada en 1899, se instala integralmente en 1924, bajo el liderazgo de Sir Patrick Manson y con el apoyo de la Fundación Rockefeller. Esta fundación americana apoyó también la creación de escuelas de Salud Pública en EEUU, a partir de propuestas provenientes de las universidades de Harvard, Columbia y Johns Hopkins (Paim, 2001).

La propuesta de Harvard, liderada por Milton Joseph Rosenau, profesor de medicina preventiva, se asentaba en un programa de agentes de salud junto al Harvard-MIT Program in Health Sciences and Technology con énfasis en la ingeniería sanitaria, en la higiene industrial, en la reducción de la mortalidad infantil y en la promoción de la salud escolar.

La propuesta de Columbia, bajo el liderazgo de Edwin Robert Anderson Seligman, profesor de Ciencias Políticas, destacaba la importancia de las ciencias sociales y de la economía política sobre aspectos médico-sanitarios.

En cuanto a la propuesta de Johns Hopkins, desarrollada por William Henry Welch, profesor de Patología, se centraba en el enfoque biomédico orientado a la investigación científica, con énfasis en estadística, epidemiología, bacteriología y relación con el hospital-escuela.

Abraham Flexner, que en 1911 produjo el famoso Informe Flexner que reorientó la educación médica y fijó las bases del modelo médico hegemónico en el mundo occidental (Paim, 2002), fue designado en 1916 para decidir cuál de las propuestas debería ser apoyada por la Fundación Rockefeller. La elegida fue la de Johns Hopkins, en la cual la escuela de Salud Pública se sometía al modelo médico hegemónico en construcción, vinculándose con la escuela médica (Fee, 1987). La escuela de la Johns Hopkins, a su vez, sirvió de prototipo para institutos o escuelas de higiene y salud pública en América Latina, inauguradas en la década siguiente, además de formar a generaciones de sanitaristas latinoamericanos a lo largo del siglo XX.

Medicina social

Esta expresión atribuida a Jules Guérin se disemina en Francia junto a las luchas sociales de ese país y luego en Alemania, con las contribuciones de Rudolf Virchow y Salomon Neumann. Reflexionaba sobre el carácter social de las enfermedades y de la práctica médica, construyendo un vínculo con los movimientos sociales existentes en aquellos países. Presentaba los siguientes principios básicos: la salud del pueblo es un objeto de inequívoca responsabilidad social; las condiciones económicas y sociales deben ser sometidas a la investigación científica; las medidas para promover la salud y combatir la enfermedad deben ser sociales y médicas (Rosen, 1979). Se proponía participar de la reforma general de las instituciones destinada a instaurar una nueva sociedad (Donnangelo, 1976).

Juan César García, responsable del programa de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud, fue quien recuperó, en el pasaje de la década de 1960 a la de 1970, las contribuciones de ese movimiento junto a las luchas sociales de Francia, en 1848, y Alemania, en 1871, y estimuló la confrontación entre sus principios y propuestas con aquellos difundidos por la medicina preventiva y por la salud comunitaria (García, 1972; 1985).

La aparición de esos cursos innovadores de posgraduación en México y en Brasil parece ofrecer condiciones “para dar legitimidad a la medicina social como un campo disciplinario a partir de un prolongado intento de separación entre la medicina preventiva y social, y la salud pública y la medicina social” (García, 1985). Así, la creación de esos cursos de posgraduación en medicina social en el nivel de maestría, en Xochimilco (México) y en Río de Janeiro (Brasil), con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (García, 1985), y la producción científica de estos centros y de aquellos que se reorganizaron (Paim, 2002), posibilitaron el desarrollo de la medicina social latinoamericana en la década de 1970 (Waitzkin *et al.*, 2001a; 2001b), posteriormente conocida como *salud colectiva*.

Medicina preventiva

Como movimiento ideológico, la medicina preventiva busca diferenciarse de la higiene y de la salud pública. Se distingue también de la medicina social en los campos conceptual e histórico. A inicios del siglo XX era reconocida como una parte de la higiene, pero posteriormente se transforma en un movimiento de ideas que surge en los países centrales y se difunde hacia los dependientes. Según Arouca (2008), utiliza como conceptos básicos el *proceso*

salud-enfermedad, el modelo de la historia natural de las enfermedades y la multicausalidad. Adopta, también, conceptos estratégicos tales como *integración, resistencia, inculcación y cambio.* Al ser introducida en las escuelas médicas, a través de la creación de núcleos o departamentos de medicina preventiva, reproduce un discurso apologético, crítico y/o tecnocrático (Paim, 1986), que busca transformar a los estudiantes de medicina en agentes de cambio (Arouca, 2008).

La medicina preventiva constituía un nuevo fenómeno en el campo conceptual del área médica mediante la evolución de la higiene privada. Articulaba un conjunto de medidas de prevención que resultarían en conductas que completarían una actitud ausente de la práctica médica, o sea, la actitud preventiva y social. Como si fuera el partido de la nueva actitud (integral, preventiva y social), la medicina preventiva se tornó un “centro polarizador de disciplinas no tradicionales dentro de la escuela médica” (Arouca, 2008, p. 45). En ella, la cultura higiénica (universal) es apropiada por la profesión médica, que busca normatizar a los médicos (estudiantes, profesores y escuela de medicina), tal como la higiene normatizaba la vida de las personas en los intersticios configurados entre la salud pública y la medicina.

En realidad, desde su aparición en EEUU, se trataba de una conciliación entre la categoría médica, en su organización privada, y el Estado, como una alternativa a la propuesta de participación estatal en la atención de la salud, que representaba una lectura civil y liberal de los problemas de salud de la sociedad norteamericana (Arouca, 2008, p. 133). La constitución de ese discurso prevencionista proviene de la higiene, instituida en el siglo XIX con el desarrollo del capitalismo y de la diseminación de la ideología liberal, pero encuentra su difusión en la crisis de costos de la atención médica en EEUU en las décadas de 1930 y 1940, cuando en muchos países surgía el Estado interventor en el pasaje de la fase competitiva a la monopólica del capitalismo.

En un contexto que posibilitaba la crítica a la medicina liberal, la medicina preventiva alentaba la redefinición de las responsabilidades médicas, a través de cambios en la educación médica. Este movimiento ideológico, nacido en EEUU, se difunde en los países centrales a través de los seminarios de Nancy en 1950 y Colorado Springs en 1953, y llega a América Latina a través de los seminarios de Viña del Mar en 1955 y Tehuacán en 1956, apoyados por la Organización Panamericana de la Salud y por fundaciones americanas (Arouca, 2008).

Medicina/salud comunitaria

Este movimiento ideológico se origina también en EEUU, en la década de 1960, como respuesta a las tensiones sociales generadas por los movimientos

de los derechos civiles y contra la discriminación racial, y conformó posteriormente ciertas políticas para combatir la pobreza en los gobiernos de John Fitzgerald Kennedy y Lyndon Baines Johnson (Paim, 1986).

En el ámbito académico, se trataba de un intento de operacionalización de la filosofía o del discurso de la medicina preventiva como campo de demostración. Estimulaba prácticas externas a las unidades de salud (acciones extra-muros) y la articulación de la medicina privada con la salud pública. Adoptaba los conceptos básicos desarrollados por la medicina preventiva, sumando otros conceptos estratégicos tales como *integración docente asistencial*, *participación de la comunidad* y *regionalización*.

El desarrollo de la salud comunitaria exhibe en algunos países un momento focal, al restringirse a las actividades experimentales vinculadas al centro de salud-escuela, y un momento expansionista cuando se presenta como atención primaria a la salud y sirve de referencia para la formulación e implementación de programas de expansión de cobertura de servicios de salud volcados a las poblaciones rurales y a los pobres de las periferias urbanas (Paim, 1986).

En EEUU, el fracaso del movimiento de salud comunitaria es reconocido por Georges Desrosiers (1996) al comentar que, dado “el carácter parcial y muchas veces temporario de las experiencias de medicina o salud comunitaria, quedó solo la expresión [...] en lugar de la salud pública tradicional”.

Medicina familiar

Este movimiento ideológico tiene su origen en EEUU, especialmente cuando la Asociación Médica Americana pasa a reconocer los programas de residencia dentro de esa especialidad en 1966 (Ceitlin, 1982). Países como Canadá y México crean programas similares en la década de 1970, mientras que Cuba adopta tal propuesta en la década siguiente como forma de avanzar hacia la atención primaria de la salud (Paim, 1986). La medicina familiar fue reconocida como el movimiento de los cuidados primarios de la salud bajo la óptica de los países industrializados (Chaves, 1982).

En su origen, se trataba de un intento más de recomposición de la práctica médica liberal volcada a los individuos y núcleos familiares contra los altos costos y el *especialismo* médico, y una búsqueda de recuperación de la humanización de la medicina. En Canadá este movimiento aprovechó la coyuntura de cambio del sistema de salud que tenía como marco el Informe Lalonde (Terris, 1990), mientras que en México se buscaba capacitar a los médicos para los servicios de salud del Instituto Mexicano de Seguridad Social.

En Brasil hubo intentos de promover tal movimiento en 1973 y 1978, a través de seminarios apoyados por la Fundación Kellogg y, a inicios de la década de 1980, la Comisión Nacional de Residencia Médica posibilitó su institucionalización a través de la reglamentación de los denominados *Programas de Residencia en Medicina General y Comunitaria* (Paim, 1986).

Más allá de nociones como *humanización, calidad y eficiencia*, la medicina familiar resulta conceptualmente pobre frente a las formulaciones de la medicina preventiva y la medicina comunitaria que le antecedieron.

La “vieja” y la nueva salud pública

Al examinar los antecedentes del campo de la salud pública, se pueden identificar los cuatro vectores anteriormente definidos. Así, la salud pública sufrió las influencias de los movimientos ideológicos que constituyeron la policía médica, la higiene y la medicina social. Del mismo modo, los movimientos sociales que conformaron la medicina social en Francia y en Alemania en el siglo XIX, que dieron como resultado el Informe Beveridge y las propuestas de *socialización de la medicina* en el siglo XX, también representan antecedentes del campo de la salud pública. Como ilustración del vector *acción política* se pueden mencionar: la policía médica, el sanitarismo expresado en el Informe Chadwick y en el Informe Shattuck, la organización de agencias de salud pública, la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana, ministerios de Salud, campañas sanitarias y escuelas de Salud Pública, a través de la Fundación Rockefeller y el Departamento de Estado (García, 1981a; 1981b), además de la instalación de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

En cuanto al vector *producción de conocimientos*, puede ser ejemplificado con los clásicos estudios de Friedrich Engels, John Snow, Louis René Villermé, Rudolf Virchow, William Farr, Joseph Goldberger, Alfred Grotjahn, Henry Ernest Sigerist, entre otros (Rosen, 1979; 1994).

Esta salud pública, que se construye en los países desarrollados a lo largo del siglo XX, es servil al liberalismo económico, para el cual la acción estatal tendría un carácter suplementario para aquello (y solo aquello) que el individuo y la iniciativa privada no fueran capaces de hacer. Así, reserva a la órbita del Estado las acciones sanitarias consideradas de *alcance colectivo*, mientras que las dirigidas a los individuos deberían ser ejercidas por la medicina privada (Paim, 1992).

Este modelo institucionalizado de salud pública, que la subordina al modelo médico hegemónico, entra en crisis y surgen nuevas ideas para su fortalecimiento (Institute of Medicine, 1988; OPS & OMS, 1992b; 1993).

Las concepciones y propuestas presentadas para la salud pública americana por el informe de la Comisión para el Estudio del Futuro de la Salud Pública (Institute of Medicine, 1988) parecen ratificar la dicotomía entre salud pública y asistencia médica. La cuestión política, aparentemente externa y perjudicial para la práctica de la salud pública, sería enfrentada básicamente con la formación de liderazgos, capacitación gerencial, definición de niveles de responsabilidad, y con la creación de consejos de salud en el ámbito estatal y de salud pública en el nivel local. Tales orientaciones, sin embargo, son muy débiles ante la crisis de la salud pública documentada en el informe.

En ese proceso, se propone una *nueva salud pública*, mientras Milton Terris (1992) busca actualizar la clásica definición de Charles Edward Amory Winslow de la década de 1920 para la salud pública:

...el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante los esfuerzos organizados de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades (infecciosas y no infecciosas) y los accidentes, la educación del individuo en los principios de higiene personal, la organización de los servicios para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y el desarrollo de la “maquinaria social” que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. (Terris, 1992)

Así, establece cuatro tareas básicas para la teoría y la práctica de la nueva salud pública: prevención de las enfermedades no infecciosas, prevención de las enfermedades infecciosas, promoción de la salud, y mejora de la atención médica y de la rehabilitación.

Julio Frenk (1992) identifica la nueva salud pública como las condiciones y las respuestas asentadas en las bases científicas de las ciencias biológicas, sociales y comportamentales, cuyas áreas de aplicación son las poblaciones, los problemas y los programas. Como suele suceder en tales contextos, se plantearon otros desafíos para este movimiento ideológico:

- a) Alianza con los proveedores de servicios para alcanzar cuidados de la salud más integrales y centrados en las necesidades y demandas de las personas.
- b) Desarrollo de técnicas de evaluación y monitoreo de las necesidades y demandas de la población, de equidad en el acceso a los cuidados de salud (especialmente preventivos).

- c) Producción de información acerca de prácticas de excelencia para permitir la contratación de servicios basada en evidencia.
- d) Facilitar a los ciudadanos la información que les permita una mayor autonomía personal en el cuidado de su salud (Muñoz Porras, 1998).

Mientras la ola neoliberal era difundida por organismos financieros internacionales e impuesta a los países dependientes a través de políticas de ajuste macroeconómico y reforma del Estado, la Organización Panamericana de la Salud apoyaba debates sobre la teoría y la práctica de la salud pública (OPS & OMS, 1993) y la Organización Mundial de la Salud promovía discusiones sobre la nueva salud pública, mediante la organización de un conjunto de seminarios y reuniones desde la perspectiva de la renovación de la propuesta de “Salud para todos en el año 2000” (WHO, 1995), que posteriormente dio como resultado el movimiento de las funciones esenciales de salud pública (Paim, 2001).

Salud colectiva

La salud colectiva latinoamericana se conformó a partir de la crítica a la medicina preventiva, la medicina comunitaria y la medicina familiar, además de ser fecundada por la medicina social del siglo XIX y por la salud pública institucionalizada, tanto en los servicios de salud, como desde la academia. Envuelve un conjunto articulado de prácticas técnicas, ideológicas, políticas y económicas desarrolladas en el ámbito académico, en las organizaciones de salud y en instituciones de investigación vinculadas a diferentes corrientes de pensamiento resultantes de proyectos de reforma en salud.

En el caso brasileño, este movimiento se aproxima a la propuesta de democratización de la salud y constituye un subconjunto del Sanitarismo. Este movimiento de carácter más amplio incluye, además de actores institucionales, a sindicatos, entidades de salud, organizaciones populares, grupos religiosos, partidos políticos, etc. La salud colectiva, como movimiento, ha tenido en el Centro Brasileño de Estudios de la Salud y en la Asociación Brasileña de Salud Colectiva sus principales sujetos colectivos (Paim, 1992).

A partir de la década de 1970, ha sido reconocida como un campo científico en constitución en América Latina, progresivamente multi/inter/transdisciplinario. Se asienta sobre tres ejes disciplinarios: epidemiología, ciencias sociales y planificación y gestión en salud, que mantienen conexiones con disciplinas

auxiliares (ciencias biológicas, estadística, demografía, geografía, clínica, genética, derecho, comunicación, etc.).

Se trata de un campo de saber, ámbito de prácticas y área de actuación profesional, cuyo marco conceptual inicial buscaba la recuperación de los principios de la medicina social, al mismo tiempo que producía conocimientos críticos basados en los movimientos sociales y las luchas políticas por la democratización de la salud y de la sociedad (Donnangelo, 1983; Fleury, 1986; Almeida Filho & Paim, 1999).

El desarrollo del campo de la salud colectiva puede ser sistematizado a partir de los cuatro vectores utilizados anteriormente respecto de la salud pública.

Así, en lo referente a los *movimientos ideológicos*, recurrió al diálogo y a la crítica en relación con el preventivismo, la medicina social, la salud comunitaria, la medicina familiar, y actualmente, con los movimientos de promoción de la salud, de la nueva salud pública y sus desdoblamientos, a través de las funciones especiales de salud pública, apoyados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

La salud colectiva se articuló a los *movimientos sociales*, por ejemplo, a la democratización de la salud, que en Brasil pasó a ser conocido como *movimiento sanitario*, sujeto colectivo del proyecto de la Reforma Sanitaria.

En lo que atañe al vector *acción política*, la salud colectiva estuvo asociada a la formulación e implementación del proyecto de la Reforma Sanitaria en Brasil en el proceso de la Constituyente (1987-1988), en la elaboración de la Ley Orgánica de Salud y en la implementación del Sistema Único de Salud durante la década de 1990. Las experiencias de algunos países, como Argentina, México, Brasil, Colombia, Ecuador y Venezuela, señalan la confluencia de iniciativas entre intelectuales y trabajadores, como fuerza social y política, en movimientos de masa “que resultaron en luchas específicas y propuestas generales sobre salud” (Laurell, 1985).

En cuanto al vector *producción de conocimientos*, se ha propiciado una reflexión teórico-epistemológica sobre el campo y sus disciplinas nucleares, la investigación científica y el desarrollo conceptual y tecnológico. Los estudios críticos realizados a partir de la década de 1970 permitieron la conformación de una corriente teórica, la epidemiología social, que estimuló nuevas investigaciones sobre enfermedades en la sociedad (Laurell, 1985; Breilh & Granda, 1985), replanteando cuestiones vinculadas a la política y la planificación en salud como también al desarrollo de acciones sanitarias. Al retomar la categoría *trabajo* como elemento central para el estudio de la salud, estos estudios proporcionaron indicaciones relevantes para el análisis de la producción y de la distribución de las

enfermedades en la sociedad, en tanto proceso de producción y reproducción social (Breilh, 1990), y para el estudio del proceso de trabajo en salud (Donnangelo, 1983; Paim, 1992).

Al analizar las relaciones entre salud y estructura social, muchos de esos estudios han utilizado, como referencia central, el concepto de *práctica*. Esto significa considerar sus momentos constitutivos: objeto de trabajo, medios de trabajo y el trabajo propiamente dicho (actividad humana), como también las relaciones sociales.

Por lo tanto, en América Latina, la designación de salud colectiva adquiere, desde la década de 1970, una connotación más abarcadora que la de salud pública. Se inspiró en la medicina social, o sea, en “una corriente de pensamiento que apareció originalmente como contestación crítica al pensamiento de la salud pública dominante” (García, 1985) y, por ende, se desarrolló especialmente a partir de las contribuciones de las ciencias sociales en salud (Paim & Almeida Filho, 2000).

Movimientos ideológicos contemporáneos

Actualmente, la salud colectiva y la salud pública, se encuentran bajo la influencia de tres movimientos ideológicos que exigen una reflexión teórica e investigación sobre su emergencia y desarrollo, a saber: la nueva salud pública, la promoción de la salud y las funciones esenciales de salud pública.

En el caso de la promoción de la salud, aparece inicialmente como una *idea* relativa a una de las tareas de la medicina y de la salud pública presente en Virchow, Winslow y Sigerist (Buss, 2003) o uno de los niveles de prevención de acuerdo con el modelo de la historia natural de las enfermedades propuesto por Hugh Leavell y Edwin Gurney Clark (Teixeira, 2002). De esa idea aparece la formulación de una propuesta, tal como fue configurada en la Carta de Ottawa en 1986, que se desdobra en un movimiento ideológico mediante las conferencias internacionales, publicaciones, reuniones, formación de ideólogos, divulgadores, etc. Este movimiento ha buscado, en diferentes países, la formulación de políticas y su institucionalización, al desarrollar prácticas mediante la reorganización de procesos de trabajo en salud, reflexión teórica y estrategias de evaluación.

La promoción de la salud y la nueva salud pública, al sensibilizar a organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se desdoblan en otros movimientos, como el de las funciones esenciales de salud pública, definidas para orientar

a los ministerios de salud en procesos de reforma del Estado (Paim, 2001). Entre tales funciones se destacan:

- e) Incentivo a la promoción de la salud.
- f) Promoción del respeto a la vida y a la participación.
- g) Democratización del acceso y uso de la información en salud.
- h) Garantizar el acceso universal a los servicios integrales.
- i) Regulación de la producción y comercialización de bienes y servicios vinculados a la salud.
- j) Garantizar la equidad, la eficacia y la idoneidad de las intervenciones en salud.
- k) Proteger a la población frente a las epidemias y catástrofes.
- l) Garantizar la seguridad de los insumos.

En 2000, la Organización Panamericana de la Salud, durante la XIX Conferencia de la Asociación de Educación en Salud Pública de América Latina y del Caribe, realizada en La Habana (OPS/OMS/Alaespp, 2001), presentó una definición preliminar de funciones e indicadores (CDC/Claiss/OPS, 2000), que desdoblaban y resignificaban las funciones esenciales de la salud pública, entre las que se destacan:

- m) Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población.
- n) Vigilancia epidemiológica, investigación y control de daños y riesgos.
- o) Promoción de la salud.
- p) Participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud.
- q) Desarrollo de políticas y planes de salud.
- r) Regulación y fiscalización.
- s) Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud.
- t) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- u) Evaluación de tecnologías sanitarias y garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
- v) Investigación de nuevas tecnologías y soluciones innovadoras en salud pública.
- w) Gestión en salud pública.
- x) Acción frente a la situación de emergencia y control de desastres.

En lo que atañe al *monitoreo y análisis de la situación de salud de la población*, el documento proponía: guías de monitoreo del estado de salud; evaluación de la calidad de la información; apoyo especializado y recursos para el

monitoreo del estado de salud; soporte tecnológico para decisiones en salud pública; asistencia (cooperación) técnica a los niveles subnacionales de salud.

Con relación a la *vigilancia epidemiológica, investigación y control de daños y riesgos*, recomendaba: sistemas de vigilancia epidemiológica para identificar amenazas a la salud pública; capacidades y destrezas epidemiológicas; capacidad de los laboratorios de salud pública; rapidez en la respuesta efectiva dirigida al control de daños al medio ambiente y a la salud pública; asistencia técnica y apoyo a los niveles subnacionales de salud pública.

En cuanto a la *promoción de la salud*, sugería: construcción de legitimidad de la autoridad sanitaria nacional y de alianzas para la promoción de la salud; planificación y coordinación nacional de las estrategias de información, educación y promoción de la salud; apoyo a las actividades comunitarias de promoción de la salud; asistencia técnica a los niveles subnacionales.

En lo referente a la *participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud*, resaltaba: el fortalecimiento del poder de los ciudadanos y la participación social en salud; experiencia y capacidad para facilitar la construcción de alianzas; apoyo y coordinación con los niveles subnacionales para la construcción de legitimidad de la autoridad sanitaria y facilitación de alianzas con la comunidad.

En el tópico referido al *desarrollo de políticas y planes de salud*, destacaba: el proceso de mejora de la salud en el país; experiencia y capacidad para planificar y desarrollar planes y programas de salud; desarrollo de políticas; asistencia técnica y apoyo a los niveles subnacionales de salud pública en la planificación y desarrollo de políticas.

En cuanto a la *regulación y fiscalización*, subrayaba: revisión periódica, evaluación y modificación de leyes y reglamentos; conocimientos, habilidades y destrezas para revisar, perfeccionar y hacer cumplir las leyes y reglamentos; apoyo y asistencia técnica a los niveles subnacionales de salud pública en la fiscalización del cumplimiento de las leyes y reglamentos.

En relación con la *evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud*, fueron reforzados: evaluación del acceso a los servicios necesarios; capacitación y desarrollo de habilidades para promover el acceso de la población a los servicios de salud necesarios fuera de los lugares habituales de atención; *advocacy* y acción para mejorar el acceso a los servicios de salud necesarios; apoyo y asistencia a los niveles subnacionales.

Respecto del *desarrollo de recursos humanos y la capacitación en salud pública*, fueron enfatizados: evaluación de la fuerza de trabajo en salud; monitoreo de la calidad de la fuerza de trabajo; educación continuada y posgraduación; perfeccionamiento de los recursos humanos en salud para la oferta de servicios

adaptados a la cultura de los usuarios; desarrollo de liderazgos en salud pública; apoyo a los niveles subnacionales para los recursos humanos en salud.

En la función correspondiente a la *evaluación de tecnologías sanitarias y garantía de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos*, pueden ser visualizados: sistema de evaluación de tecnologías sanitarias para apoyar la toma de decisiones en salud pública; diseminación de patrones y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; mejora de la calidad de los sistemas de salud y de la satisfacción de los usuarios; asistencia técnica y apoyo a la evaluación en los niveles subnacionales de salud para asegurar la calidad de los servicios de salud.

Para la *investigación de nuevas tecnologías y soluciones innovadoras en salud pública*, fueron mencionadas las siguientes medidas: desarrollo de una agenda de investigación en salud pública; desarrollo de la capacidad interna de investigación; apoyo a la innovación e investigación en los niveles subnacionales de salud pública.

En el ámbito de la *gestión en salud pública*, fueron incluidas: planificación y evaluación; toma de decisiones basadas en evidencias; gestión de recursos; gestión de la cooperación internacional en salud pública; liderazgo y comunicación; asistencia técnica y apoyo a los niveles subnacionales en materia de gestión en salud pública.

Finalmente, en lo concerniente a la *acción frente a la situación de emergencia y control de desastres*, fueron propuestas las siguientes iniciativas: promoción de acción frente a situaciones de emergencia y control de desastres; formulación de normas que apoyasen la acción frente a situaciones de emergencia y control de desastres; formación de personal sanitario y de otro tipo frente a la situación de emergencia y control de desastres; coordinación y articulación con otros organismos; movilización de la respuesta sanitaria en casos de desastre; asistencia técnica en el ámbito subnacional para apoyar la acción frente a emergencias y desastres.

Mientras que en el plano político internacional se proponen funciones e indicadores para la salud pública, en el ámbito académico han sido señaladas nuevas funciones para el campo de la salud colectiva/pública, tales como aquellas presentadas en la I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, en Río de Janeiro en 1994: histórico-política, agregación de valor, administración de conocimientos, mediación estratégica, gerencia estratégica y *advocacy* (ENSP, 1994).

Ya en la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, realizada en México en 1998, se propusieron los siguientes campos de actuación para las instituciones formadoras de salud pública: formación de recursos humano, investigación en salud pública y desarrollo tecnológico, cooperación

técnica, acción comunitaria directa, liderazgo, articulación política y alianzas (OPS & OMS, 2000).

En 2000, la XIX Conferencia de la Asociación de Educación en Salud Pública de América Latina y del Caribe, realizada en La Habana, propuso un conjunto de procesos dinamizadores para la educación en salud pública y salud colectiva: desarrollo curricular y nuevos paradigmas de la salud pública, desarrollo profesional y nuevas competencias, desarrollo educacional, educación a distancia y/o educación permanente, desarrollo de acciones y compromiso intersectorial, y desarrollo de la calidad (OPS/OMS/Alaesp, 2001).

Implicancias contemporáneas de la salud pública/salud colectiva

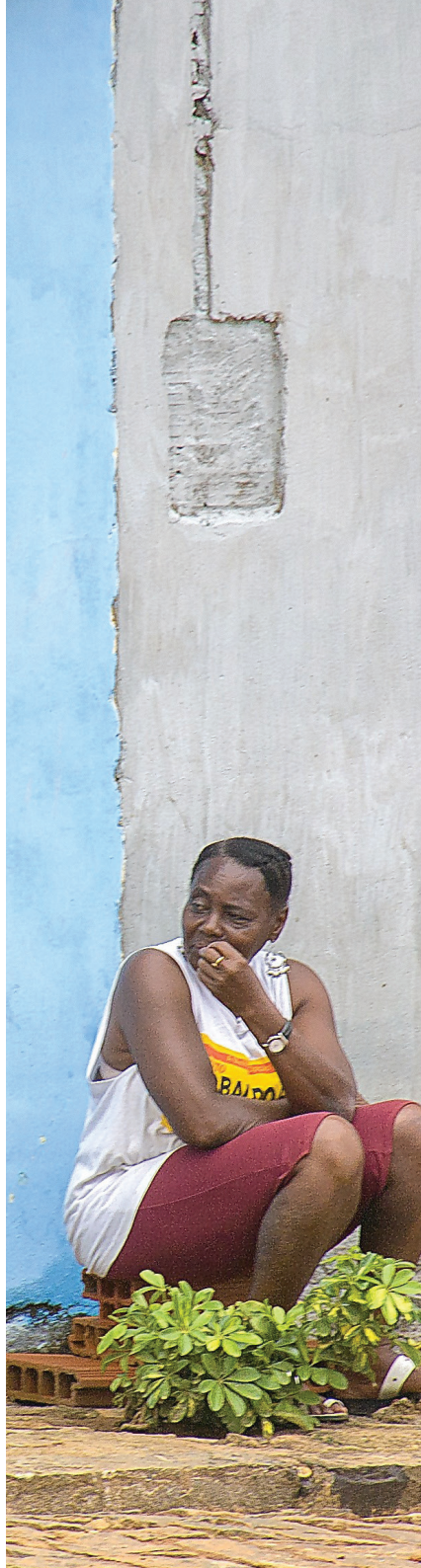
El desarrollo contemporáneo de la salud colectiva/pública impone la acción de interlocutores especiales, tales como los actores vinculados a las políticas y organizaciones de salud, educación, medioambiente, ciencia y tecnología, movimientos sociales, parlamento, poder judicial y/o ministerios públicos, organismos de defensa de la ciudadanía, del medioambiente, del consumidor y de los derechos humanos, entre otros.

En el ámbito académico, resulta necesario avanzar en la reflexión teórico-epistemológica, en la investigación científica y en el desarrollo conceptual y tecnológico como campo abierto a nuevos paradigmas (Paim & Almeida Filho, 2000). Al reconocer la complejidad de sus objetos de reflexión y de intervención y que lidia con problemas semiestructurados o no estructurados, la salud pública/colectiva tiende a presentarse menos normativa y prescriptiva, más estratégica y comunicativa. Al mismo tiempo es necesario estar alertas, para que los esfuerzos que apunten a la delimitación del campo no se transformen en un *chaleco de fuerza* para su desarrollo teórico y epistemológico ante nuevos paradigmas.

Al considerar que la acción política (estratégica y comunicativa) resulta pertinente para intervenir en el colectivo, la salud pública/colectiva necesita mantener el diálogo y la crítica teórica a los movimientos ideológicos antiguos y nuevos. Como práctica social y técnico-científica articulada a las demás prácticas sociales, ya sean económicas, políticas, ideológicas o culturales, la salud pública/colectiva puede participar de procesos reproductivos de la estructura social o apostar a procesos de transformación social que apunten a la desalienación de los sujetos y a la emancipación de los seres humanos.

Tanto los diálogos académicos norte-sur, como los esfuerzos históricos para la construcción de una unidad latinoamericana bajo los valores de la

paz, la solidaridad, la justicia social y la democracia, tienen la posibilidad de contribuir a la construcción de la viabilidad para tal apuesta. Cabe considerar, sin embargo, que cada formación social engendra su propia salud pública/colectiva, aunque influenciada por las relaciones internacionales e inflexiones de las coyunturas de los respectivos países. Por lo tanto, nada de lo referente a la salud del público puede ser extraño a la salud colectiva (Paim, 1992).



Capítulo 6

¿Nueva salud pública o salud colectiva?¹

Introducción

El campo social de la salud ha sido atravesado, desde el surgimiento del capitalismo, por un conjunto de movimientos ideológicos tales como: policía médica, higiene, salud pública, medicina social, flexnerismo, medicina preventiva, salud comunitaria, integración docente-asistencial, entre otros (Paim, 1986). En las últimas décadas, es posible identificar otros movimientos: atención primaria a la salud, salud colectiva, medicina familiar, promoción de la salud, nueva salud pública/funciones esenciales de la salud pública, etc. (Paim & Almeida Filho, 2000).

Actualmente, al caracterizar los elementos que, según las diferentes visiones, sustentan la proposición de una nueva salud pública, ¿no sería pertinente, también, indagar qué hay de *nuevo* en la nueva salud pública? (Awofeso, 2004); ¿sería reconocer los determinantes sociales de la salud?; ¿considerar los ambientes físico, social y psicológico?; ¿proponer la colaboración intersectorial?; ¿valorizar la promoción de la salud?

En rigor de verdad, se podría considerar que muchas de esas cuestiones ya fueron tematizadas desde el surgimiento de la medicina social, en la segunda mitad del siglo XIX, especialmente en Francia y Alemania. Del mismo modo, desde la constitución de la medicina social en América Latina en la década de 1970, es posible identificar una corriente de pensamiento latinoamericana que posibilitó la articulación de aquellos que defienden sistemas de salud universales, de naturaleza pública y equitativos (Waitzkin *et al.*, 2001), reconocida

¹ Texto elaborado para el Seminario Internacional Desafíos para a Saúde Pública no Século XXI: princípios e estratégias para a construção de sistemas de saúde universais e equitativos na América Latina e Caribe, Rio de Janeiro, 1 y 2 de agosto de 2005.

actualmente como *salud colectiva*. Aunque su naturaleza esencialmente crítica y de inspiración marxista se haya aplacado ante las cuestiones teóricas, políticas e ideológicas contemporáneas, en ningún momento dejó de pugnar por sistemas de salud universales, equitativos y de naturaleza pública.

Sin embargo, la propuesta de una nueva salud pública permite la continuidad de reflexiones sobre la teoría y la práctica de la salud pública en el presente siglo, de allí su relevancia. Tal como se ha resaltado desde inicios de la década de 1990 (Paim, 1992), más que una cuestión teórica, se plantea el desafío de la práctica: política, económica, ideológica y tecnológica. Y la convocatoria para discutir la nueva salud pública posibilita experimentar el desafío de *negar construyendo* y *construir negando* (Ayres, 2002) distintos movimientos en el campo social de la salud.

De este modo, el objetivo del presente texto es revisitar el campo de la salud colectiva, considerando posibles convergencias y divergencias con los movimientos ideológicos contemporáneos de salud, como por ejemplo el de la nueva salud pública, y la salud pública institucionalizada o convencional. En este sentido, se toman como referencia preliminar el documento del Committee for the Study of the Future of Public Health (Institute of Medicine, 1988), los debates promovidos por la Organización Panamericana de la Salud y por la Organización Mundial de la Salud en la década de 1990 sobre Teoría y Práctica de la Salud Pública (OPS & OMS, 1992b; 1993), y la contribución de las discusiones del VII Congreso Brasileño de Salud Colectiva en 2003. Así, el análisis que se expone a continuación busca tener en cuenta el desarrollo teórico-conceptual de la salud colectiva en América Latina y sus relaciones con la Reforma Sanitaria Brasileña.

La crisis de la salud pública y el debate en las Américas

La nueva salud pública aparece como uno de los productos destacados en el informe de Committee for the Study of the Future of Public Health (Institute of Medicine, 1988). Esta comisión admitía que el sistema y el proceso político dificultaban la misión de la salud pública y resaltaban una supuesta tensión entre los políticos y los profesionales. Reconocía que la política no se restringiría a la arena legislativa y que las agencias no serían neutras. No obstante, sus recomendaciones se limitaban a subrayar la cuestión de la información en salud, la importancia del conocimiento científico en el proceso de toma de decisiones y la revisión de la estructura organizacional, reiterando la dicotomía entre salud pública y asistencia médica. La cuestión política, vista como externa y perjudicial a la práctica de la salud pública, sería enfrentada

básicamente a través de la formación de liderazgos, capacitación gerencial, definición de niveles de responsabilidad, etc.

Luego de la publicación del mencionado informe, la Organización Panamericana de la Salud estimuló la producción de textos y debates sobre la teoría y la práctica de la salud pública en la región de las Américas (OPS & OMS, 1992b; 1993). Se proponía, de ese modo, influir sobre las instituciones de formación en salud pública para formular políticas de cambios en la educación en esta área, a partir de la confluencia de tres temáticas que atravesarán su agenda en la referida década: reforma sectorial, renovación de la salud para todos y la denominada *nueva salud pública* (Paim & Almeida Filho, 2000). Para ello, prropusieron cinco procesos dinamizadores capaces de contribuir a la construcción de la viabilidad de esas políticas: a) desarrollo curricular y nuevos paradigmas de la salud pública; b) desarrollo profesional y nuevas competencias; c) desarrollo educacional, educación a distancia y educación permanente; d) desarrollo de la acción y compromiso intersectorial; e) desarrollo de la calidad (OPS & OMS, 2000; OPS/OMS/Alaes, 2001).

Dos años después de la realización de la II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública, realizada en México en 1998, cuyo tema central fue “Reforma sectorial y funciones esenciales de salud pública” (OPS & OMS, 2000), el entonces Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación de Educación en Salud Pública de América Latina y del Caribe promovieron en La Habana la XIX conferencia de dicha asociación para discutir el tema “Desarrollo de la educación en salud pública: desafíos para el siglo XXI” (OPS/OMS/Alaes, 2001).

Aunque en el campo académico no se hayan observado iniciativas más concretas para dar seguimiento a aquellos cinco procesos dinamizadores, especialmente, si se consideran las deliberaciones de la Conferencia, se constatan ciertos esfuerzos para la intervención en el ámbito de los servicios de los distintos países de la región. Así, además de las propuestas y estrategias referentes a las denominadas *reformas sectoriales*, la Organización Panamericana de la Salud ha intentado apoyar a los ministerios y secretarías de salud en las discusiones sobre las funciones esenciales de la salud pública desde la perspectiva de revisar y modificar sus prácticas y estructuras.

En el caso brasileño, este debate fue incorporado por el Consejo Nacional de Secretarios de Salud que ha organizado un relevamiento de las acciones emprendidas por las secretarías estatales de salud desde la perspectiva de las funciones esenciales de la salud pública, contando con la participación de la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud, la Asociación Brasileña de Salud Colectiva y consultores académicos (Brasil, 2005). Sin embargo, el sentido pragmático volcado a la reactualización de esas

instituciones se distancia del contenido propositivo de la nueva salud pública, tal como ha sido concebida en países del hemisferio norte.

Ante la crisis de la salud pública, se encuentran presentes elementos discursivos y extradiscursivos que merecen ser considerados. En el caso de los elementos discursivos, cabe destacar la idea de *salud pública hegemónica*, según la cual el desarrollo de la salud supone la exclusión de la enfermedad, y la ciencia y la técnica disponen de un potencial inagotable para superar la enfermedad. Como elementos extradiscursivos, se encuentran las restricciones económicas a la actuación del Estado frente al costo creciente de la atención de la salud, particularmente la asistencia médico-hospitalaria, el peso ideológico de la ola neoliberal y el recurso a otras formas de legitimación del orden social vigente (Paim & Almeida Filho, 2000). Estos elementos histórico-concretos, ideológicos, políticos y económicos no pueden ser abstraídos por los sujetos históricos que piensan y construyen una salud pública alternativa.

La nueva salud pública

A partir de los documentos y de las iniciativas mencionadas (Institute of Medicine, 1988; OPS & OMS, 1992b; 1993), la expresión *nueva salud pública* pasó a difundirse, especialmente luego del Interregional Meeting on New Public Health, realizado en Ginebra en 1995. El documento básico de esa reunión, denominado *nueva salud pública*, y el IX Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud admitían que muchos de sus elementos ya se encontraban presentes en la Declaración de Alma-Ata, esto es el reconocimiento de la salud como derecho humano y la idea de que las condiciones de vida (ambiente físico, social y económico) representan importantes determinantes de la salud (WHO, 1995). Más recientemente, la propuesta de la nueva salud pública ha sido difundida en América Latina a través del proyecto Salud Pública en las Américas (OPS & OMS, s/f).

Desde la reunión de Nueva Orleans en 1991, cuando la Organización Panamericana de la Salud promovió debates sobre la teoría y la práctica de la salud pública en la región de las Américas, Terris (1992) propuso una actualización de la clásica definición de *salud pública* de Winslow de la década de 1920 para definir la *nueva salud pública*.

En la Conferencia de la Asociación de Educación en Salud Pública de América Latina y del Caribe de 1998 en México, fueron enumeradas algunas características de esa nueva salud pública: alianza con los proveedores de servicios para alcanzar los cuidados de salud más integrales y centrados en las necesidades y demandas de las personas; desarrollo de técnicas de evaluación

y monitoreo de las necesidades y demandas de la población, de equidad en el acceso a los cuidados de salud (especialmente preventivos); producción de información acerca de prácticas de excelencia para permitir la contratación de servicios de medicina basada en evidencias; facilitar información a los ciudadanos, que les permita una mayor autonomía personal en el cuidado de su salud (Muñoz Porras, 1998).

Distintas visiones, por lo tanto, se van configurando en el sentido de justificar lo *nuevo* de la nueva salud pública. Una de esas visiones la vincula a la Promoción de la Salud, con ciertos principios respaldados por la Organización Mundial de la Salud: *empowerment*, equidad, colaboración y participación (Kickbusch, 2003; Awofeso, 2004). Hay un reconocimiento de que los problemas de la pobreza, de las enfermedades emergentes y de los conflictos persistentes que caracterizan al mundo actual requieren marcos de referencia más radicales que los de la nueva salud pública (Awofeso, 2004).

Tres décadas de salud colectiva²

Al considerar la salud colectiva como alternativa a la propuesta de la nueva salud pública cabe explicitar, aunque sintéticamente, algunas características básicas. Como campo de saber y ámbito de prácticas, asumió un marco conceptual preliminar mediante la recuperación y redefinición de las concepciones de la medicina social del siglo XIX. Así, fue constituida como campo multi/inter/transdisciplinario a partir de la década de 1970, basado en el triedro: *ideología, saber y práctica* (Donnangelo, 1983; Escorel, 1998; Paim & Almeida Filho, 2000).

En ese sentido, la estructuración de la corriente de la Epidemiología Social latinoamericana alimentó la constitución del mencionado campo a partir de sus tareas iniciales: demostrar que la enfermedad tiene un carácter histórico y social; definir el objeto de estudio que permita una profundización de la comprensión del proceso salud-enfermedad como proceso social; conceptualizar la causalidad, o mejor aún, la determinación (Laurell, 1985). Esta corriente de pensamiento estimuló nuevas investigaciones sobre enfermedades en la sociedad replanteando cuestiones sobre la planificación y el desarrollo de

² Este tópico se basa en la presentación del número especial de la *Revista Baiana de Saúde Pública*: Paim, J.S. (2004). 30 anos de Saúde Coletiva: A contribuição do Programa de Pósgraduação da UFBA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 28, supl. 1, p. 9-10. Incluye, también, reflexiones acerca de los términos de referencia elaborados para la Mesa Redonda *A que coisa chamamos Saúde Coletiva, hoje?* Del Congreso de Abrasco, Brasília, julio de 2003.

prácticas de salud. Al retomar la categoría *trabajo* como elemento central, proporcionó indicaciones relevantes para el análisis de la producción y de la distribución de las enfermedades en la sociedad (proceso de producción y reproducción social) y para el estudio de las prácticas de salud.

Mientras la salud colectiva se afirmaba como campo científico y ámbito de prácticas, contribuyó a la formulación del proyecto de la Reforma Sanitaria Brasileña y a la construcción de su dimensión institucional: el Sistema Único de Salud. Tiempo después surgía la Carta de Ottawa en 1986 y el documento “El futuro de la salud pública” en 1988.

Así, la salud colectiva puede ser vista como un movimiento ideológico que generó un campo científico, con intenso desarrollo en las tres últimas décadas, y también como un ámbito de prácticas contrahegemónicas, con diferencias significativas respecto de la salud pública y el modelo médico hegemónico. Elaboró un marco conceptual, como cuerpo doctrinario estructurador de ese campo, que mostró, recientemente, algunos puntos de encuentro con los movimientos de renovación de la salud pública institucionalizada. En Brasil, al conmemorar los 25 años de la Declaración de Alma-Ata, se celebraron también los 25 años de reflexión sobre la posgraduación en salud colectiva (Encuentro Nacional de Pós-Graduação em Saúde, 1978), lo que posibilitó la formulación preliminar de un marco conceptual (Paim, 1982) y la propuesta de creación de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva.

Estas iniciativas coinciden en Brasil con la constitución de nuevos sujetos colectivos, especialmente la organización de la clase trabajadora del ABC (región industrial de San Pablo), y de movimientos sociales diversos, con el surgimiento de liderazgos civiles y sindicales, además de partidos políticos. Así, la sistematización de la propuesta de salud colectiva en 1978 (con el Encuentro Nacional de Posgraduación en Salud, ya mencionado), como brazo académico del movimiento sanitario, nace con la constitución de un sujeto colectivo: la organización de la clase trabajadora, que junto a los movimientos sociales dieron como resultado la creación del Partido de los Trabajadores. Tal fenómeno guarda cierta similitud con el surgimiento de la medicina social en Francia y en Alemania a mediados del siglo XIX (Rosen, 1979; 1994).

Por lo cual el 2003 fue un año especial de conmemoraciones para la salud colectiva: marcaba tres décadas desde las primeras reflexiones críticas sobre la enseñanza de la medicina preventiva (Silva, 1973), 25 años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata y del primer Encuentro Nacional de los cursos de posgraduación existentes por entonces, y 20 años del primer texto publicado sobre la constitución del área de salud colectiva en Brasil (Donnangelo, 1983). En ese mismo año, el mencionado

partido asume la presidencia de la república y diversos militantes del movimiento sanitario ocupan espacios en el aparato del Estado. En ese contexto, la salud colectiva parece colocarse ante una encrucijada para la construcción de su identidad: ¿movimiento ideológico, campo científico, corporación profesional o, simplemente, salud colectiva institucionalizada, parecida al modelo sanitarista de matriz flexneriana y rockefelleriana?

¿Salud colectiva institucionalizada o salud pública flexner-rockefelleriana autoritaria?

No obstante el significativo desarrollo de la salud colectiva en Brasil durante las últimas décadas, hay un punto que merece una reflexión, el que se vincula a su institucionalización. Una justa preocupación reside en su posible colonización por el carácter autoritario de Estados y tecnoburocracias latinoamericanas. Al observar la tradición de la salud pública, tal colonización se ve reforzada por la policía médica vinculada a la reproducción del modelo flexneriano, por el *campañismo* concebido por la Fundación Rockefeller y por el Departamento de Estado de EEUU, y más recientemente, por la paranoia del bioterrorismo sustentada técnicamente por Centers for Disease Control and Prevention.

Brasil, pese a las conquistas democráticas y al desarrollo del movimiento de salud colectiva, se encontró en 2002 con la Medida Provisoria 33 que apuntaba a la creación de una Agencia Federal de Prevención y Control de Enfermedades. El ministro de Salud podría declarar el estado de cuarentena federal y disponer “el aislamiento de individuos, animales y comunidades en situación de riesgo”, y obligar así al seguimiento médico de individuos de modo de presentarse, periódicamente, ante la *autoridad de epidemiología*. En esa *cuarentena federal*, los ciudadanos tendrían sus derechos civiles y sociales pasibles de ser redefinidos por tal autoridad, insuficientemente identificada y responsabilizada. La actuación de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva, el Consejo Nacional de Salud y los parlamentarios fue decisiva para que el Parlamento rechazara la medida provisoria 33 (Paim, 2003a).

La salud colectiva, desde su aparición, se ha involucrado en luchas teóricas, paradigmáticas, políticas e ideológicas, que repercutieron en su delimitación y renovación. De allí la relevancia de revisitar el campo, a partir de su producción científica, tecnológica, epistemológica y político-cultural. Se espera que, además de un prolífero debate y de la contribución de los sujetos individuales y colectivos, se puedan identificar caminos que permitan hacer de la salud colectiva un espacio cada vez más abierto a nuevos paradigmas frente a las necesidades de salud, de los derechos humanos, de los procesos

emancipatorios y de la democratización de la vida social (Paim & Almeida Filho, 2000).

La naturaleza del campo de la salud colectiva está asentada en el triedro *ideología, saber y práctica* (Escorel, 1998). Por lo tanto, la salud colectiva no es solo un movimiento ideológico ni una práctica política. Es práctica técnica, científica y tecnológica. Su saber no se restringe al conocimiento científico, sino que es permeable a otras tantas manifestaciones de la sabiduría humana. La conjunción de estos componentes en la formulación e implementación de una totalidad de cambios, como la propuesta de la Reforma Sanitaria Brasileña, ilustra la especificidad del campo. Es decir, se produjeron conocimientos basados en determinados referenciales teóricos; se criticaron movimientos ideológicos y enfoques doctrinarios que atraviesan el espacio social de la salud; se elaboraron visiones del mundo, valores y conciencias (ideología) frente a la realidad; sus intelectuales forjaron *ligas* que integran corazones y mentes para los cambios sociales; y se realizaron prácticas (políticas, institucionales, técnicas, económicas, culturales, etc.) que toman a la salud, la calidad de vida, la libertad y la felicidad como referentes centrales (Paim, 2004).

Esta especificidad del campo de la salud colectiva demarca su actuación y la distancia de la medicina preventiva y de la salud pública institucionalizadas. Las diferencias con la medicina preventiva resultaron más nítidas desde el clásico libro *El dilema preventivista* (Arouca, 2008). Sin embargo, con relación a la nueva salud pública (cuando nuevos adjetivos intentan maquillar sustantivos desgastados) esas diferencias necesitan ser, cada vez más, explicitadas y demostrar la radicalidad de la salud colectiva, en cuanto a la emancipación, a la democracia y a la autonomía de los sujetos. Tales valores pueden marcar la diferencia con la salud pública, *vieja o nueva*.

El giro filosófico en proceso de construcción pasa, por lo tanto, de la subjetividad a la intersubjetividad, de la identidad a la valorización de la alteridad, del control técnico al *logro* práctico (con la continua reconstrucción de identidades) y del énfasis en el tratamiento a la dimensión del cuidado (Ayes, 2002). Como alerta José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, “cuidar de la salud [...] es más que construir un objeto e intervenir sobre el mismo. Para cuidar se debe considerar y construir proyectos” (Ayres, 2002).

Salud colectiva o salud pública contrahegemónica

En el Congreso de la Asociación Brasileña de Salud Colectiva de 2003, Edmundo Granda (2004) fundamentó su crítica a la salud pública convencional, acuñada como *enfermología pública* por el autor, a partir de tres características centrales:

- El supuesto filosófico-teórico de la enfermedad y muerte como punto de partida para la explicación de la salud.
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermarse en la población y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.
- El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.

Así, para explicar el riesgo y exorcizar la enfermedad y la muerte en los grupos humanos, esta salud pública convencional se compromete con una tecnología positivista manipulada por el Estado:

Igual a la medicina que transforma al médico en el mago que explica la enfermedad y que al mismo tiempo la cura, así también la salud pública transforma al Estado en el mago que explica el *riesgo* y lo previene. (Granda, 2004)

A partir de esta crítica, el autor propone estudiar la potencialidad de construir una salud pública basada en los siguientes supuestos:

- Supuesto filosófico-teórico de la salud y de la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad.
- Métodos que integren diversas metáforas y propongan variadas hermenéuticas (incluso la científica positivista) capaces de dar cuenta de la acción social y de las estructuras.
- Prácticas sociales que integren diversos actores y poderes, además del poder del Estado: la acción del individuo, del público o movimientos sociales que promuevan la salud, controlen socialmente el cumplimiento de los deberes encomendados al Estado, luchen por su democratización y entren en acuerdos-desacuerdos con los poderes supranacionales e infranacionales.

Granda admite que, incluso frente a la globalización y el neoliberalismo triunfante, sería posible avanzar en esta propuesta. Presenta un conjunto de argumentos que apuntan a un contexto social, político y cultural abierto a alguna perspectiva de cambio, donde se destacan “nuevas fuerzas sociales y políticas que aparecen en el horizonte” así como importantes innovaciones teóricas y prácticas que “ocurren en la ciencia en general y en la investigación en salud en particular” (Granda, 2004).

A partir de esta argumentación, se podría admitir que las visiones que sustentan la propuesta de una nueva salud pública tal vez no sean lo más

importante de este recorrido. Aunque necesarias, representan la conciencia posible, verdadera o falsa, sobre la realidad social y sobre la situación de salud de nuestros países y sus tendencias. Lo fundamental, en este momento, es iniciar procesos, sin aferrarse a los *hayquismos* de los *hay que hacer*³. En consecuencia, no hay funciones esenciales generales ni universales de la salud pública, dado que las prácticas de salud son determinadas social e históricamente. Lo esencial son los sujetos que se forman y los movimientos que se engendran. Lo esencial son los compromisos que ellos contraen en el cotidiano y en las luchas de su tiempo y que hacen la historia.

Es posible que, en el presente, ya no tenga tanto sentido preocuparse por la formación de cuadros como era la exhortación durante las dictaduras en América Latina: cuadros para la democratización de la salud, para el movimiento sanitario, para la gestión democrática de la salud, para los partidos políticos y movimientos sociales, para la docencia innovadora, para el socialismo y para la investigación comprometida con la mejora de las condiciones de vida del pueblo. Pero las conquistas eventualmente alcanzadas no deben empañar nuestros horizontes, nuestros sueños, nuestro proyecto. Por lo tanto, hay que discutirlos siempre. Considerar el proceso de constitución de sujetos (de la vida, epistémico, evaluador y público) puede ser un buen camino (Testa, 1997).

En el esfuerzo de comprender qué es la salud colectiva en este inicio de siglo, uno de los más comprometidos constructores de este campo en América Latina ofreció relevantes pistas:

...un decidido esfuerzo por ver más allá del horizonte que nos ha legado la salud pública convencional; es una profunda vocación por transformar nuestra acción en el quehacer humano profundamente comprometido con la vida y con el cuidado de la enfermedad de nuestras poblaciones (una militancia sociopolítica, en las palabras de Testa); es un intento de construimos sujetos salubristas en función de respetar individualidades y apoyar la construcción de ciudadanos; es un intento de crear espacios de aprendizaje para multiplicar las fuerzas del compromiso; es buscar el desarrollo de las ciencias de la salud para potenciar con ellas el desarrollo de la salud y la felicidad, así como la disminución del sufrimiento de los enfermos y controlar las enfermedades controlables; es el empeño porque nuestras instituciones tengan sabor a nosotros a pesar de que cada día nos quieren convencer que no vale la pena lo humano. Esa cosa llamada salud colectiva, es algo que vale la pena darle cariño e

³ En la original expresión del pensador argentino Mario Testa.

impulsar su crecimiento porque en última instancia es crear aquello que es una gran realidad: la solidaridad para generar el mundo que soñamos. (Granda, 2004)

Algunas perspectivas pueden ser consideradas en esta construcción:

- a) Apertura a paradigmas ético-estéticos que aprehendan formas no hegemónicas de producir y concebir el proceso de salud-enfermedad-cuidado.
- b) Producción de espacios y experiencias académicas y no académicas (servicios comunitarios) de ejercicio de la transdisciplinariedad y de invención tecnológica que asuman la articulación entre reflexión y práctica concreta, pautadas en abordajes que tensionen y trasciendan las dicotomías del tipo individual/colectivo, afectivo/racional, cualitativo/cuantitativo.
- c) Construcción de espacios de emergencia de sujetos políticos y de deseo, comprometidos con transformaciones en el campo de la salud colectiva, con la producción de reflexión crítica y de prácticas desarrolladas en diversas esferas de la vida académica y social⁴.

En ese andar, siempre reiniciado, existen diferentes visiones que merecen ser consideradas:

No somos los mismos, pero somos iguales. No somos los mismos porque nuestra praxis ha experimentado cambios y acumulaciones decisivas, nuestras propuestas se han enriquecido, nuestras ideas han crecido en amplitud y extensión. Pero somos iguales, porque seguimos siendo humanistas, en el más profundo y marxista sentido de la palabra, el sentido de forjar identidad y recrear utopía emancipadora. (Breilh, 2002, p.188)

Una epidemiología y varias ciencias humanas que contribuyan a la constitución de sujetos sociales comprometidos con una práctica sanitaria volcada a la generosidad, a la solidaridad y a la ética en la lucha por la salud y la calidad de vida representan una apuesta a la planificación y gestión de sistemas de salud que se pretendan efectivos, democráticos, humanizados y ecuánimes. Más que una apuesta, tales procesos de construcción contrahegemónica implican:

⁴ Anotaciones para el *Plan Rector* del Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), julio de 2004.

...una articulación organizativa entre sujetos como condición previa a la transformación de las prácticas, tal como lo quería Gramsci, al generar un nuevo pensamiento que no solo cuestiona los saberes tradicionales sino que puede constituirse en el liderazgo para proponer una nueva manera de hacer las cosas. (Testa, 1997, p. 156)

Articular el pensamiento a la acción supone revisitar algunos conceptos que permitan la construcción de una cartografía de la *praxis*. Así, los conceptos de *necesidades de salud, sujeto y prácticas* podrían dar inicio a este mapa conceptual.

Esas *necesidades* del ser viviente, sea del estómago o de la fantasía, envuelven energías y nutrientes que son consumidos en el proceso productivo (cómo se gana la vida) o en la forma que se gasta lo que se gana en la vida (cultura). Mientras las necesidades sociales de salud implican la reproducción del sistema, las *necesidades radicales* no pueden ser resueltas por el sistema, exigiendo su superación (Heller, 1986). Esas *necesidades radicales* pueden ser consideradas necesarias para un ser, para que continúe siendo un ser (Mendes Gonçalves, 1992).

En la medida en que las necesidades de la salud van más allá de las necesidades de los servicios de salud, no se restringen a problemas de salud, sean enfermedades o riesgos. Pueden ser carencias o vulnerabilidades que expresan modos de vida e identidades. Pueden ampliarse, por lo tanto, a aquello que es necesario para tener salud, sean determinantes socioambientales y culturales, sea la idea de *proyecto* (de felicidad, calidad de vida, gozo estético, filosofía, etc.).

En lo que atañe al *sujeto*, el reconocimiento de la alteridad y de la intersubjetividad apunta a la superación de la dicotomía individual/colectivo, pues el sujeto se constituye en la relación con el otro (Ayres, 2002). En cuanto a las *prácticas de salud*, supone la redefinición de su objeto, es decir, las necesidades de salud y, en consecuencia, la reorganización de actividades y recreación de tecnologías.

Por lo tanto, si la *praxis* fuera concebida como la articulación del pensamiento y la acción, en el *pensamiento* cabe considerar conceptos y teorías (necesidades, prácticas de salud, sujetos, identidades e intersubjetividad; teorías de la acción y del proceso de trabajo), valores e ideologías (libertad, autonomía, emancipación, democracia, alteridad y respeto a la diferencia, doctrina de los Derechos Humanos); y tecnologías y ciencia. Ya en el ámbito de la *acción*, cabe trascender la acción instrumental, volcada al *éxito técnico* que construye objetos; pasar por la acción estratégica, con vistas a los logros políticos (distribución del poder); y alcanzar la acción comunicativa, que apunta al

alcance existencial, construyendo sujetos, además de la producción de bienes y servicios.

Comentarios finales

La nueva salud pública propuesta por los países hegemónicos, y apoyada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1995; Kickbusch, 2003), ignoró los esfuerzos latinoamericanos de construcción del campo científico de la salud colectiva, sin conseguir, hasta el momento, renovar la salud pública institucionalizada. Por lo tanto, persisten luchas teóricas, paradigmáticas, políticas e ideológicas al interior de este campo (Paim, 1992; 2001; 2004), con repercusiones en su delimitación y renovación, que no pueden ser ignoradas por los diferentes actores que se dedican a las cuestiones de la salud colectiva.

La salud colectiva en América Latina ha sido construida por proyectos, luchas, sueños, subjetividades, ingenio, trabajo y arte. En Brasil, a duras penas conseguimos iniciar el proceso de la Reforma Sanitaria e implantar parte del proyecto del Sistema Único de Salud que se pretende universal, público, democrático, culturalmente sensible, ecuánime, ético y solidario.

Por lo tanto, lo que tal vez resulte más necesario, en el presente, no es la generación de una *corriente de pensamiento* ni la estructuración de sus *bases*, mucho menos la adhesión acrítica al movimiento de la nueva salud pública, sino la articulación de sujetos sociales en torno de la salud colectiva, como campo científico y ámbito de prácticas, en la formulación y conducción de políticas consecuentes.



Referencias bibliográficas

- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). (2002). Outra emenda pior que o soneto. APEC-Novas Ameaças ao Processo de Descentralização da Saúde (Editorial). *Boletim Abrasco*, v. 84, p. 2-3.
- Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (Alaesp). (1994). I Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. XVI Conferencia de Alaesp. *Informe Final*. Rio de Janeiro.
- Almeida, C. (1989). Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. *Serviços em Nível Local: 9 Estudos de Caso. Uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 10).
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 905-925.
- Almeida Filho, N.; Paim, J.S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, v. 75, p. 5-30.
- Almeida, P.F.E.; Giovanella, L.; Mattos, M. (2002). Sistema de Saúde Brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 61, p. 137-154.
- Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la Medicina Preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ayres, J.R.C.M. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 20, n. 2, p. 67-82.
- Awofeso, N. (2004). What's new about the "New Public Health"? *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 5, p. 705-709.
- Bahia, L. (1999). *Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil*. (Tesis de doctorado). São Paulo: ENSP/Editora Fiocruz.
- Bahia, L. (2001). Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 329-339.
- Bahia, L.; Scheffer, M. (2008). Planos e Seguros Privados de Saúde. En: Giovanella, L.; Escorel S.; Lobato L.V.C.; Noronha, J.C.; Carvalho, A.I. (orgs.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 507-543.
- Bahia. Secretaria Estadual de Saúde. (1987). *Plano Estadual de Saúde (1988-1991)*. Salvador: Sesab/Assessoria de Planejamento.
- Barata, R.B. (1998). Epidemiologia e saber científico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 3, p. 14-27.
- Barreto, M.L. (1998). Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 3, p. 104-122.

- Barros, E. (2002). *Avanços e desafios para o SUS face às principais recomendações da XI Conferência Nacional de Saúde*. (Documento de discusión). Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Belisário, S.A. (1995). As múltiplas faces do médico-sanitarista. En: Machado, M.H. (org.). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Belmartino, S. (2002). Los valores vinculados a equidad en la reforma de la atención médica en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1067-1076.
- Bensaïd, D. (1999). *Marx, o intempestivo: grandezas e misérias de uma aventura crítica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Bodstein, R. (1993). *Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Braga, J.C.; Goes De Paula, S. (1978). *Saúde e Previdência: estudos de política social*. Rio de Janeiro/São Paulo: Cebes/Hucitec.
- Brasil, C.; Rodrigues, A. (2000). Vitória da Conquista: a estratégia está no nome. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 1, n. 2, p. 12-19.
- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Política Nacional de Vigilância em Saúde* (Resolução No. 588, de 12 de Julho de 2018).
- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003a). *Legislação do SUS*. Brasília: Conass.
- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003b). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: Conass.
- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003c). *Para entender a gestão do SUS*. Brasília: Conass.
- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2005). *I Encontro de gestores estaduais, provinciais e departamentais de sistemas-sul-americanos de saúde*. Brasília: Conass.
- Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social. (1975). *Sistema Nacional de Saúde*. Brasília, 5-8 agosto.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1993a). Norma Operacional Básica SUS 01/93. *Informe Epidemiológico do SUS* (Número Especial), p. 49-73.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1993b). *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1994a). *Avaliação Qualitativa do PACS*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1994b). *PACS. Normas e Diretrizes*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1996). Norma Operacional Básica do SUS. NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, v. 2, n. 70.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1997). *1997, o ano da saúde do Brasil: ações e metas prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (1998a). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade.

- Brasil, Ministério da Saúde. (1998b). *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1998c). *Vigisus*. Brasília: Ceneipi.
- Brasil, Ministério da Saúde. (1999). *Programas e Projetos: Promoção da Saúde e Município Saudável*. Brasília: Ministério da Saúde. Consultado el 20/09/1999. Disponible en <http://www.saude.gov.br>.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2000a). SPS/DAB/CGPlan. Termo de Referência da Oficina de Avaliação da Atenção Básica. 2000, Salvador. En: *Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*. Salvador.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (2000b). *Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2001a). Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2001b). Declaração de Alma-Ata. En: *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises, Declaração do México*. Brasília: MS/Projeto Promoção da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. (2001c). *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. NOAS-SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde (Série A Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil, Ministério da Saúde. (2001d). Gabinete do Ministro. Portaria n. 393, de 29 de março de 2001. *Diário Oficial da União*, v. 63, 30 março.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2001e). *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso* (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/01. Portaria MS/GM n. 95, 26 enero 2001). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência a Saúde. (2002a). *Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil, 1998-2002*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. (2002b). *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso*. NOAS-SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2002c). *Regulação & Saúde: estrutura; evolução, e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. (2002d). *Política Nacional de Promoção de Saúde*. (Documento de discusión). Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. (2002e). *Política Nacional de Promoção de Saúde*. (Documento de discusión). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Presidência da República. (2002f). Casa Civil. Medida Provisória n. 33. *Diário Oficial da União*. Brasília, 19 febrero.

- Brasil, Ministério da Saúde. (2003d). *Balanco das Ações*. 1.o semestre 2003. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Saúde no Brasil. Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde; p. 15-44.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006a). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio a Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006b). Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de marco de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*, n. 63, 31 marzo.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2010). *Atenção Básica e a Saúde da Família: Os Números*. Brasília: Departamento de Atenção Básica. Consultado el 12/02/2010. Disponible en <http://www.saude.gov.br>.
- Breilh, J. (1990). Reprodução social e investigação em Saúde Coletiva. Construção do pensamento e debate. En: Costa, D.C. (org.). *Epidemiologia. Teoria e objeto*. São Paulo: Hucitec, Abrasco.
- Breilh, J. (1998). La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 1, n. 3, p. 207-33.
- Breilh, J. (2002). *Nueva Epidemiología: construcción intercultural de otro paradigma de la ciencia*. (Tesis de doctorado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Breilh, J.; Granda, E. (1985). Os novos rumos da epidemiologia. En: Nunes, E.D. (org.). *As Ciências Sociais em saúde na América Latina*. Tendências e perspectivas. Brasília: OPAS.
- Buss, P.M. (2003). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. En: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Camargo Jr., K.R. (2001). As muitas vozes da integralidade. En: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco.
- Campos, C.E.A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da Vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 569-584.
- Capistrano Filho, D. (1995). *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Hucitec.
- Cardoso de Araújo, E. (1988). *A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde*. (Disertación de maestría). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Castro, M.C.; Massuda, A.; Almeida, G.; Menezes-Filho, N.A.; Andrade, M.V.; Noronha, K.V.M.S.; et al. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the futures. *The Lancet*, v. 394, n. 101950, p. 345-356. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31243-732.
- Carvalho, M.R. (1993). Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. En: Bodstein, R. (org.). *Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

- Cazelli, C.M.; Brito, J.S.; Sá, P.K.; Ormelli, C.B. (2002). Análise das desigualdades regionais na oferta de serviços de saúde: pesquisa da assistência médico-sanitária, 1992 a 1999. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 61. p. 198-209.
- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). (2002). Em defesa da saúde dos brasileiros. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 62, p. 290-294.
- Cecílio, L.C. (1994). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Cecílio, L.C. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. En: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco.
- Ceitlin, J. (1982). *¿Qué es la medicina familiar?* Caracas: Fenapem/Kellogg.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1992). Proceedings of the 1992 International Symposium on Public Health Surveillance. *Morbidity and Mortality Weekly Reports*, n. 41, Supplement.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (Claiiss); Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2000). *La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de la salud pública*. Versión preliminar (documento de trabajo).
- Chaves, M. (1982). *Saúde, uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro: Guanabara Dois.
- Clark, D.W. (1967). A Vocabulary for Preventive Medicine. En: Clark, D.W.; Mac Mahon, B. *Preventive Medicine*. Boston: Little, Brown and Company.
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. (Conasems). (1990). *Sistema Único de Saúde* (Constituição Federal – Seção II; Lei Orgânica da Saúde 8080; Lei 8142; Decreto 99438; Carta de Fortaleza). Porto Alegre: Conasems.
- Conferência Nacional de Saúde. (1980). *Anais da VII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Conferência Nacional de Saúde. (1987). *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Conselho Nacional de Saúde. (2002). Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de Princípios e Diretrizes. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 62, p. 295-312.
- Cordeiro, H. (1984). As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal.
- Cordeiro, H. (2001). Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 319-328.
- Costa, N.R. (2002). Política social e ajuste macroeconômico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (Suplemento), p. 13-21.
- Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Desrosiers, G. (1996). Évolution des concepts et pratiques modernes em santé publique. *Ruptures*, v. 3, n. 1, p. 18-28.

- Donnangelo, M.C.F. (1976). *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Donnangelo, M.C.F. (1983). A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70. En: *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Drummond Jr., M. (2001). *Epidemiologia e Saúde Pública: reflexões sobre os usos da epidemiologia nos serviços do Sistema Único de Saúde em nível municipal*. (Monografia de posgrado). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Duarte, E.C.; Schneider, M.C.; Paes-Sousa, R.; Ramalho, W.M.; Sardinha, L.M.V.; Silva Júnior, J.B.; Castillo-Salgado, C. (2002). *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil*. Um estudo exploratório. Brasília: OPAS.
- Dussault, G. (1995). La epidemiología y la gestión de los servicios de salud. *Boletín Epidemiológico OPS*, v. 16, n. 2, p. 1-5.
- Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). I Pan American Conference on Education in Public Health. XVI Alaesp Conference. (1994). Democracy and Equity: Rethinking Public Health. *Final Report*. Rio de Janeiro: ENSP.
- Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1978). (Maestrado em Saúde Comunitária da UFBA). *Relatório Final*. Salvador: UFBA.
- Escorel, S. (1998). *Reviravolta da saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fee, E. (1987). *Disease and discovery. A history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health; 1916-1939*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Ferraz, S.T. (1993). A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil. *Saúde em Debate*, n. 41, p. 45-9.
- Ferreira, S.M.G.; Azevedo, P.C.V. (1998). Sistema de informação para tomada de decisões em saúde (Sintomas). Sistema de Informação Geográfico para Sistemas Locais de Saúde. En: Mendes, E.V. *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec.
- Fleury Teixeira, S.M. (1986). Las ciencias sociales en salud en el Brasil. En: Duarte Nunes, E. (editor). *Ciencias sociales y salud en la América Latina*. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay (Ciesu).
- Foucault, M. (1993). O nascimento da medicina social. En: Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, C.M. (2003) A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. En: Czazensnia, D.; Freitas, C.M. (orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Frenk, J. (1992). The New Public Health. En: Pan American Health Organization (PAHO). *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*. Washington D. C.: PAHO (Scientific Publication, n. 540), p. 68-85.
- Gallo, E. (1995). *Razão e planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- García, J.C. (1972). *La educación médica en América Latina*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 255).

- García, J.C. (1981a). Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930. *Educación Médica y Salud*, v. 15, n. 1, p. 71-87.
- García, J.C. (1981b). La medicina estatal en América Latina (1880-1930). *Revista Latinoamericana de Salud*, v. 1, p. 63-104.
- García, J.C. (1985). Apresentação : Juan César García. Entrevista Juan César García. En: Nunes, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina*. Tendências e Perspectivas. Brasília: OPAS.
- Giovanella, L.; Lobato, L.V.C.; Carvalho, A.I.; Conil, E.M.; Cunha, E.M. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*, v. 26, n. 60, p. 37-61.
- Goulart, F.A. (2002). *Experiências em Saúde da família: cada caso é um caso?* (Tesis de doctorado). Rio de Janeiro: ENSP/Editora Fiocruz.
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos Salud Colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*, v. 30, n. 2. Consultado el 12/02/2010.
- Heimann, L.S.; Carvalheiro, J.R.; Donato, A.F.; Ibanhes, L.C.; Lobo, E.F.; Pessoto, U.C. (1992). *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Heimann, L.S.; Castro, I.E.N.; Kayano, J.; Rocha, J.L.; Riedel, L.R. et al. (1998). *A descentralização do sistema de saúde no Brasil: uma proposta de investigação sobre o impacto de políticas*. Relatório Final. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Heller, A. (1986). *Teoría de las necesidades en Marx*. Barcelona: Ediciones Península.
- Herlinger, R. (2002). Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (Suplemento), p. 57-65.
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 991-1001.
- Hilleboe, H.E.; Larimore, G.W. (1965). *Medicina Preventiva. Princípios de prevenção aplicáveis a ocorrência e à evolução das doenças*. São Paulo: Serpel.
- Infante, A.; Mata, I.; López-Acuña, D. (2000). Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 8, n. 1/2, p. 13-20.
- Institute of Medicine (1988). *The Future of Public Health*. Washington D. C.: National Academy Press.
- Junqueira, V.; Pessoto, U.C.; Kayano, J.; Nascimento, P.R.; Castro, I.E.N.; Rocha, J.L.; Terence, M.F.; Boaretto, R.C.; Ibanhes, L.C.; Cortizo, C.T.; Heimann, L.S. (2002). Equidad en la salud: evaluación de políticas públicas en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1993-1997. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1087-1101.
- Kadt, E.; Tasca, R. (1993). *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.
- Kickbusch, I. (2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. *American Journal of Public Health*, v. 93, n. 3, p. 383-388.
- Knox, E.G. (1981). *La epidemiología en la planificación de la atención a la salud*. México: Siglo Veintiuno Editores.

- Labra, M.E. (2002). La reinvenção neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1041-1052.
- Laurell, A.C. (1985). Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. En: Nunes, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS.
- Leavell, H.; Clark, L.E.G. (1976). *Medicina Preventiva*. Ro de Janeiro: McGraw-Hill.
- Lima, J.C.; Azoury, E.B.; Bastos, L.H.C.V.; Coutinho, M.M.; Pereira, N.N.; Ferreira, S.C.C. (2002). Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde em debate*, v. 26, n. 60, p. 62-70.
- Machado, M.H. (1995). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Mahler, H. (1980). Discurso de Halfdan T. Mahler, Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde. En: Anais VII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Mattos, R.A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. En: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco.
- Mattos, R.A. (2003). Integralidade e a formulação de políticas de saúde. En: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco.
- Mello Jorge, M.H.P.; Gotlieb, S.L.D.; Laurenti, R. (2001). *A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999*. Brasília: OPAS.
- Mello, C.G. (1977). *Saúde e assistência médica no Brasil*. São Paulo: Cebes/Hucitec.
- Mendes, E.V. (1990). Importancia de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. En: Paganini, J.M.; Capote Mir, R. *Los sistemas locales de salud. Conceptos, Métodos, Experiencias*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 519).
- Mendes, E.V. (1993). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a confomação da reforma sanitária e a construção da hegemonia no projeto neoliberal. En: Mendes, E.V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Mendes, E.V. (1996). *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Mendes, E.V. (1998). *A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Hucitec.
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1992). *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor (cadernos Cefor-textos, 1).
- Mendes-Gonçalves, R.B. (1994). *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo da trabalho da rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Merhy, E.E. (1997a). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. En: Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial.

- Merhy, E.E. (1997b). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En: Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial.
- Merhy, E.E.; Onocko, R. (orgs.). (1997). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial.
- Minayo, M.C.S. (2001). Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, p.7-19.
- Mitjavila, M.; Fernández, J.; Moreira, C. (2002). Propuestas de reforma en salud y equidad en Uruguay: ¿redefinición del *Welfare State*? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 1103-1120.
- Montaña, J. (1983). *Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos: poder y política*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Montone, J. (2001). *O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Série ANS, n. 1).
- Montone, J. (2003). *Evolução e desafios da regulação no setor de saúde suplementar*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (Série ANS, n. 4).
- Morris, J.N. (1975). *Uses of Epidemiology*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Mota, P. (1992). *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. Rio de Janeiro: Record.
- Muñoz Porras, F. (1998). *Reformas de Salud y funciones esenciales de Salud Pública. Estrategias innovadoras para la educación en salud pública*. Centro Latinoamericano de Investigaciones en Salud (Clais). (Ponencia).
- Najar, A.L.; Marques, E.C. (1998). *Saúde e espaço: Estudos metodológicos e técnicas de análise*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Negri, B. (2002). A política de saúde no Brasil nos anos 1990: avanços e limites. En: Negri, B.; D'Ávila, A. (orgs.). *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime/Cealag.
- Neri, M.; Soares, W. (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (Suplemento), p. 77-87.
- Nogueira, R.P. (1994). *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Noronha, C.V.; Almeida, L.M.A.; Paim, J.S.; Laniado, R.N. (1997). *Mapa de risco da violência: cidade de Salvador*. São Paulo: Cedec.
- Noronha, J.C.; Soares, L.T. (2001). A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 445-450.
- Nunes, A.; Santos, J.R.S.; Barata, R.B.; Vianna, S.M. (2001). *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil. Uma proposta de monitoramento*. Brasília: OPAS/Instituto de Pesquisa Económica Aplicada.
- Oliveira, J.A.A.; Teixeira, S.M.F. (1978). Medicina de grupo: a medicina e a fábrica. En: Guimarães, R. (org.). *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro: Graal.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1984). Documento del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Buenos Aires. *Boletín Epidemiológico*, v. 5, n. 1, p. 1-4.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1988). *El desafío de la epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 505), p. 881-889.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1990). Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. (Documento CD33/14, Resolución XV-XXXIII del Comité Directivo. Washington D. C., 30 de septiembre de 1988). En: Paganini, J. ; Capote Mir, R. *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica, n. 519).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1991). Vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida. *Boletín Epidemiológico*, v. 12, n. 3, p. 7-10.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992a). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica*. Washington D. C.: OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992b). *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 540).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. Washington D. C.: OPS (Serie Desarrollo de Recursos Humanos n. 98).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Desafíos para la educación en Salud Pública. La reforma sectorial y las funciones esenciales de Salud Pública*. Washington D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f). *La Salud Pública en las Américas*. Documento Conceptual.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS); Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (Alaesp). (2001). *Educación en Salud Pública. Nuevas perspectivas para las Américas*. Washington D. C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS); Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2001). *Medição do desempenho das funções essenciais de Saúde Pública. Guia para a aplicação do instrumento do desempenho das funções essenciais de Saúde Pública*. OPAS . Consultado el 12/02/2010. Disponible en: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala1870.pdf>.
- Padilha, H. (1997). *Saúde Pública: campo para profissionalizar em nível de graduação?* (Texto de discusión). Salvador: ISC/UFBA.
- Pan American Health Organization (Paho). (1992). *The crisis of Public Health: Reflections for the Debate*. Washington D. C.: Paho (Scientific Publication n. 540).
- Paim, J.S. (1980). As ambigüidades da noção de necessidades de saúde. *Planejamento*, v. 8, n. 1/2, p. 19-46.

- Paim, J.S. (1982). Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. En: Nutes/Clates/Abrasco. *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Paim, J.S. (1985). A formação de recursos humanos em Saúde Coletiva. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 9, n. 2, p. 88-94.
- Paim, J.S. (1986). *Saúde, crises e reformas*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA.
- Paim, J.S. (1992). La Salud Colectiva y los desafíos de la práctica. En: OPS/OMS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 540), p. 151-167.
- Paim, J.S. (1993). A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. En: Mendes, E.V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: HucitecAbrasco.
- Paim, J.S. (1995). Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. En: Barata, R.B. (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco.
- Paim, J.S. (1996). *A situação de saúde no Brasil e os modelos assistenciais*. En: SBPC. IV Reunião Especial da SBPC. Semi-árido: no terceiro milênio, ainda um desafio. XI Jornada Universitária da UEFS. 24 al 28 de noviembre de 1996. Feira de Santana, Bahia.
- Paim, J.S. (1997). Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. En: Fleury, S. (org.). *Saúde e democracia: a luta do Cebes*. São Paulo: Lemos.
- Paim, J.S. (1999a). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. En: Rouquayrol, M.Z.; Almeida Filho, N. (orgs.). *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Paim, J.S. (1999b). Por um planejamento das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; v. 4, n. 2, p. 243-248.
- Paim, J.S. (2000). A epidemiologia e a superação desigualdades em saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 13 (Número Especial 1), p. 29-43.
- Paim, J.S. (2001). Transición paradigmática y desarrollo curricular en Salud Pública. En: OPS/OMS/Alaes. *Educación en Salud Pública. Nuevas perspectivas para las Américas*. Washington D. C.: OPS.
- Paim, J.S. (2002). *Saúde Política e Reforma Sanitária*. Salvador: CEPS-ISC.
- Paim, J.S. (2003a). Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 557-567.
- Paim, J.S. (2003b). Gestão da atenção básica nas cidades. En: Neto, E.R.; Bógus, C.M. *Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada*. Brasília: OPAS, 2003 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Serviços de Saúde n. 3).
- Paim, J.S. (2003c). Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. En: Rouquayrol, M.Z.; Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi.
- Paim, J.S. (2003d). Políticas de Saúde no Brasil. En: Rouquayrol, M.Z.; Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi.


- Paim, J.S. (2004). 30 anos de Saúde Coletiva: a contribuição do Programa de Pós-graduação da UFBA. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 28 (suplemento 1), p. 9-10.
- Paim, J.S. (2006). Vigilancia de la Salud: de los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (orgs.). *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Paim, J.S. (2008). Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. En: Matta, G.C.; Lima, J.C.F. *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Paim, J.S. (2017). Reflexiones teóricas sobre sujetos de la praxis y sujetos de la antítesis para la Reforma Sanitaria Brasileña. *Salud Colectiva*, v. 13, p. 599-610.
- Paim, JS. (2018a). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 42, p. 1723-1728.
- Paim, J.S. (2018b). A Reforma Sanitária Brasileira e a saúde coletiva: concepções, posições e tomadas de posição de intelectuais fundadores. En: Vieira-da-Silva, L.M. *O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária*. Salvador: EDUFBA, p. 191-221.
- Paim, J.S.; Almeida Filho, N. (2000). *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade.
- Paim, J.S.; Costa, M.C.N.; Mascarenhas, J.C.S.; Vieira da Silva, L.M. (1999). Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 6, n. 5, p. 321-332.
- Paim, J.S.; Teixeira, M.G.L.C. (1992). Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, n. 5, p. 27-57.
- Paim, J.S.; Travassos, C.; Almeida, C.; et al. (2011). The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*, v. 377, p. 1778-1797.
- Pego, R.A.; Almeida, C. (2002). Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud. Los casos de Brasil y México. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 971-989.
- Pereira, L.C.B.; Grau, N.C. (1999). *O público não-estatal na Reforma do Estado*. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (2001). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco.
- Pinto, I.; Paim, J.S. (2015). A Abrasco e a experiência da graduação em saúde coletiva. En: Lima, N.T.; Santana, J.P.; Paiva C.H.A. (org.). *Saúde Coletiva: a Abrasco em 35 anos de história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 137-150.
- Porto, S. (2002). Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 939-957.
- Radis. (2000). Cidades Saudáveis. *Radis Comunicação em Saúde*, mayo.
- Radis. (2003). Entrevista: Jorge Solla. Esperamos superar as fragmentações e a superposição de ações. *Radis Comunicação em Saúde*, n. 8, p. 29-32.
- Reis, C.O.O. (2001). Desigualdades no acesso aos serviços de saúde. En: Negri, B.; Di Giovanni, G. (orgs.). *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas: Unicamp.

- Ripsa. (2000). *Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicada à saúde*. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde.
- Rivera, F.J.U. (1995). *Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rosen, G. (1979). *Da policia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal.
- Rosen, G. (1994). *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Editora da Universidade Estadual Paulista/Abrasco.
- Sá, M.C. (1993). *Planejamento estratégico em saúde: problemas conceituais e metodológicos*. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro: ENSP/Fundação Oswaldo Cruz.
- Sala, A. (1993). A avaliação de programas de saúde. En: Schraiber, L.B. (org). *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec.
- Sampaio, L.F.R. (2003). *Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica (PPI/AB), 2001/2002*. (Dissertação de mestrado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Santos, M. (1993). *A urbanização brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, M. (1994). *Por uma economia política da cidade*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, M. (1997). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão emoção*. São Paulo: Hucitec.
- Santos, M.; Silveira, M.L. (2001). *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro: Record.
- Saúde Brasil (2003). Medidas reforçam atenção básica. *Saúde, Brasil*, v. 84, n. 4-5.
- Scaladaferri, M.C. (2000). *O profissional faz acontecer. Comprometimento no trabalho: avaliando uma dimensão do Programa de Saúde da Família*. (Dissertação de Mestrado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Schraiber, L.B. (1990). *Programação em saúde, hoje*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L.B. (1997). *Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. (Tesis Libre-Docencia). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo.
- Schraiber, L.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. (1996). Necessidade de saúde e atenção primária. En: Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. (orgs.). *Saúde do Adulto. Programas e ações da Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L.B.; Nemes, M.I.B.; Mendes-Gonçalves, R.B. (orgs.) (1996). *Saúde do Adulto. Programas e Ações da Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Schraiber, L.B.; Peduzzi, M.; Sala, A.; Nemes, M.I.B.; Castanhera, E.R.L.; Kon, R. (1999). Planejamento, gestão, e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*; v. 4 n. 2, p. 221-242.
- Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica (1992). *Relatório Final. Informe Epidemiológico do SUS*, n. 5, p. 5-24.
- Serapioni, M. (1999). Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, v. 23, n. 53, p. 81-92.

- Silva, A.P. (2002). *A prática da equipe do Programa de Saúde da Família*. (Dissertação de mestrado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Silva, G.R. (1973). Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *Revista do Hospital das Clínicas*, v. 28, p. 91-96.
- Silva Jr., A.G. (1998). *Modelos tecnoassistenciais em saúde*. O debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec.
- Silva, L.M.V.; Paim, J.S.; Costa, M.C.N. (1999). Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Revista de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 187-97.
- Souza, L.E.; Shardonofsky, S.; Brousselle, A.; Contandriopoulos, A.P.; Champagne, F.; Morales, C.; Arredondo, A.; Reinhartz, D. (2000). Comparación del desempeño de los diferentes sistemas de salud de los países de la OCDE y de Al. En: Contandriopoulos, A.P.; Morales, C.; Souza, L.E.; Shardonofsky, S. *Entendiendo las transformaciones de los sistemas de salud. Una perspectiva canadiense*. Montreal: Université de Montréal.
- Souza, L.E.P.F.; Jairnilson, S.P.; Teixeira C.F.; Bahia, F.; Guimarães, R.; Almeida-Filho, N. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 8, p. 2783-2792.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde.
- Szwarcwald, C.L.; Batos, F.I.; Andrade, C.L.T. (2002). Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Río de Janeiro, 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 4, p. 959-970.
- Tasca, R.; Grego, C.; Villarosa, F.N. (1993). Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. En: Mendes, E.V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Tasca, R.; Villarosa, F.N.; Greco, C. (1995). A construção de um sistema de informação territorializado nos distritos de saúde de Campo Limpo e de Itaquera, SP. En: Teixeira, C.F.; Melo, C. *Construindo Distritos Sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. São Paulo/Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.
- Teixeira, C.F. (1993). Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. En: Mendes, E.V. (org.). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco.
- Teixeira, C.F. (1996). *Epidemiologia e Planejamento em Saúde: contribuição ao estudo da prática epidemiológica no Brasil 1990-1995*. (Tese de doctorado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Teixeira, C.F. (1999). Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 287-303.
- Teixeira, C.F. (2002). *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS/ISC.
- Teixeira, C.F.; Melo, C. (1995). *Construindo distritos sanitários. A experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo*. São Paulo/Salvador: Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde.

- Teixeira, C.F.; Paim, J.S. (2000). Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 6, p. 63-80.
- Teixeira, C.F.; Paim, J.S.; Vilas-Boas, A.L. (1998). SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 7, n. 2, p. 7-28.
- Teixeira, C.F.; Paim, J.S.; Vilas-Boas, A.L. (2002). *Promoção e Vigilância da Saúde*. Salvador: CEPS/ISC.
- Teixeira, M.G.; Medina, M.G.; Costa, M.C.N.; Barral-Neto, M.; Carreiro, R.; Aquino, R. (2020). Reorganização da atenção primária em saúde para a vigilância universal e controle da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 29, n. 4, e2020494.
- Teixeira, S.M.F. (1985). As ciências sociais em saúde no Brasil. En: Nunes, E.D. (org.). *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e perspectivas*. Brasília: OPAS.
- Tejada de Rivero, D. (1992). Salud Pública y atención primaria de Salud: una evaluación crítica. En: OPS. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington D. C.: OPS (Publicación Científica n. 540).
- Terris, M. (1990). Lesson from Canada's Health Program. *Journal of Public Health Policy*, v. 11, n. 2, p. 151-160.
- Terris, M. (1992). Current Trends in Public Health in the Americas. En: PAHO. *The Crisis of Public Health: Reflections for the Debate*. Washington D. C.: PAHO (Scientific Publication n. 540), p. 166-183.
- Testa, M. (1992). *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco.
- Testa, M. (1997). *Saber en Salud. La construcción del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Therborn, G. (1989). A análise de classe no mundo atual: o marxismo como ciência social. En: Hobsbawm, E.J. *História do marxismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Tigre, C.; Plaut, R.; Libel, M. et al. (1990). La práctica epidemiológica en los sistemas de servicios de salud. *Educación Médica y Salud*, v. 24, n. 3, p. 306-320.
- Travassos, C.; Viacava, F.; Fernandes, C.; Almeida, C.M. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 133-149.
- Uchimura, K.Y.; Bosi, M.L.M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1561-1569.
- Vellozo, V.R.O.; Souza, R.G. (1993). Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. En: Bodstein, R. (org.). *Serviços locais de Saúde: construção de atores e políticas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Viana, A.L.; Heimann, L.S.; Lima, L.D.; Oliveira, R.G.; Rodrigues, S.H. (2002). Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18 (Suplemento), p. 139-151.
- Vieira da Silva, L.M. (2000). Urna agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 3, p. 857-861.
- Vieira da Silva, L.M. (2003). *Prioridades para a pesquisa em saúde coletiva*. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília, 29 de julio a 2 de agosto de 2003.

- Vieira da Silva, L.M.; Hartz, Z.M.A.; Costa, M.C.N.; Oliveira, A.B.; Biscarde, P.; Paz, B.M. (2002). *Avaliação dos efeitos da descentralização em relação às condições traçadoras da atenção à saúde*. Relatório Preliminar. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Universidade Federal da Bahia/Centro Colaborador do Ministério da Saúde.
- Vilas-Boas, A.L. (1998). *Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima*. (Dissertação de mestrado). Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- Waitzkin, H.; Iriart, C.; Estrada, A.; Lamadrid, S. (2001a). Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major's National Groups. *The Lancet*, v. 358, n. 9278, p. 315-323.
- Waitzkin, H.; Iriart, C.; Estrada, A.; Lamadrid, S. (2001b). Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 10, p. 1592-1601.
- World Health Organization (WHO). (1995). *New Public Health and WHO's Ninth General Programme of Work*. A discussion paper. Ginebra: WHO.



La oportunidad brindada por la colección Cuadernos del ISCo de publicar esta edición en acceso abierto permite revisitar ciertos desafíos. El desarrollo del sistema de salud brasileño, la gestión de la atención primaria, la reorganización de las prácticas epidemiológicas en el Sistema Único de Salud (SUS) y la formación en salud colectiva acumulan, actualmente, resultados positivos, a pesar del subfinanciamiento crónico, el avance de la privatización y el predominio del modelo médico hegemónico.

Los textos publicados aquí discuten políticas públicas y movimientos ideológicos que han influenciado el campo social de la salud. En esa perspectiva, la salud colectiva representa una apuesta a nuevos supuestos, métodos y prácticas sociales, en vez de contentarse con hacer las cosas de la misma manera, como ha ocurrido con la salud pública convencional. Proyectos, sueños, ingenio, trabajo y arte trascienden la producción de bienes y la prestación de servicios de salud. Pueden conformar movimientos contrahegemónicos capaces de constituir sujetos públicos comprometidos con nuevos modos de vida. Estos son los motivos que impulsaron la creación de este libro.

Jairnilson Silva Paim
(Fragmentos de la Presentación)