



## Entrevista a Jairnilson Silva Paim\*

\*Doctor en Salud Pública de la Universidad Federal de Bahia (UFBA).  
Profesor permanente del Instituto de Salud Colectiva UFBA.

**Revista:** Teniendo en cuenta las iniciativas latino-americanas tendientes a modificar los modelos de atención de la salud: ¿Cuál ha sido a su criterio el cambio más importante en las prácticas de cuidado-atención?

**Jairnilson Silva Paim:** He trabajado con la idea de modelo de atención no como una norma, patrón o algo ejemplar en la que todos tendrían que encuadrarse o seguir, sino como una racionalidad o una razón de ser que orienta la combinación de medios de trabajo en las prácticas de salud. En ese sentido, pueden ser identificados esquemáticamente modelos de atención en los cuales las tecnologías son combinadas para atender demandas mientras otros se encuentran estructurados articulando tecnologías materiales y no materiales para atender necesidades de salud. Esta perspectiva de análisis fundamentada en la teoría del proceso de trabajo en salud, admite una diversidad de modelos de atención teniendo en cuenta diferentes necesidades y demandas en salud entre nuestros países y al interior de los distintos territorios de cada país latinoamericano. Del mismo modo, si el objeto de las prácticas en salud pasa por un proceso de reconceptualización, de forma que no se limite a las nociones de enfermedad, riesgo y vulnerabilidad, y alcance el concepto de necesidad- inclusive el concepto de necesidades básicas- tendremos que repensar los medios de trabajo, las actividades y las relaciones técnicas y sociales sobre las cuales es realizado el trabajo en salud configurando nuevos modelos de atención.

A pesar de que no conozco muchas de las iniciativas latinoamericanas dedicadas a la transformación de los modelos de atención hegemónicos, puedo mencionar experiencias desarrolladas en

los sistemas de salud de Cuba, Venezuela y Brasil, cuando valorizan acciones sobre territorios y colectivos, asociadas al cuidado individual. Así, la medicina familiar cubana, la red Barrio Adentro en Venezuela, y la estrategia de salud de la familia en Brasil presentan resultados interesantes en conjunto con otras iniciativas de trabajadores y organizaciones de base de países latinoamericanos en el ámbito de la atención primaria de la salud.

En la medida en que el principio de integralidad de la atención fue establecida en la constitución de la república y en la legislaciones que orientan al sistema único de Salud (SUS) en Brasil, distintas propuestas alternativas de modelos de atención han sido formuladas y experimentadas, tales como oferta organizada, líneas de cuidado, acogimiento, promoción y vigilancia de la salud, entre otras. Por su extensión y efectividad considero la estrategia de salud de la familia como una de las propuestas de transformación más importantes, especialmente por funcionar como un "laboratorio" en que muchas de esas combinaciones y tecnologías son incorporadas.

234.767 agentes comunitarios de salud atienden actualmente 115,4 millones de personas en 5349 municipios, lo que corresponde a una cobertura del 60,9% de la población brasilera. Son aproximadamente 33.000 equipos de salud de la familia, incluyendo médicos, enfermeros, auxiliares y agentes de salud actuando en 5.251 municipios, cubriendo más de la mitad de la población (96,1 millones de personas), sin contar los 18.982 equipos de salud bucal presentes en 4.717 municipios.

A pesar de las dificultades enfrentadas en relación a la continuidad y la calidad de las acciones

de atención-cuidado, esta política puede constituirse en un espacio contrahegemónico para la reorientación del sistema de salud.

**R:** ¿Cuál es el aspecto más preocupante de los sistemas de salud actuales (al menos en Brasil) y qué aspectos destaca como esperanzadores para la construcción de una propuesta de salud centrada en el derecho?

**JSP:** Durante la crisis actual del capitalismo existe una amenaza concreta contra los sistemas de salud universales comprometidos con el derecho a la salud. Lo que sucede en Portugal, España, Grecia e Italia no debe ser ignorado por los que defienden el derecho a la salud. En el caso Brasileño no está garantizado el financiamiento público para el SUS que sufre serias amenazas de privatización, en la medida que se verifica una expansión significativa de la medicina de mercado sub-regulada. Lo que queda como esperanza es la lucha de los sujetos individuales y colectivos contra tales amenazas.

**R:** Pareciera que la medicina familiar es un espacio intermedio entre un modelo de hegemonía médica y otro más integrado a los equipos de salud, ¿podemos pensar en ampliar ese espacio a otras especialidades?

**JSP:** Si, sin embargo preferiría la expresión "Salud de la familia" para no reforzar simbólicamente la hegemonía médica. En Brasil desde 2008, están siendo implantados los núcleos de apoyo a Salud de la Familia (NSAF), articulados a los equipos de salud familiar como si fuesen equipos matriciales, pudiendo incluir psicólogos, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, nutricionistas, etc. A pesar de la multiprofesionalidad la salud de la familia ha sido convocada para ejercitar la intersectorialidad en la medida en que la intervención sobre daños, riesgos y determinantes socioambientales requiere una actuación consensuada con otros sectores gubernamentales y sociales.

**R:** La formación en medicina ha tenido importantes modificaciones, igualmente no parecen suficientes, ¿cuál es el peso de las estrategias pedagógicas en la formación de un médico más adecuado a un modelo de atención integral y humano?

**JSP:** Durante mucho tiempo de mi vida académica concentré energías en el cambio de la educación médica. Participe de movimientos de reforma curricular, evaluación prospectiva, integración docente-asistencial, articulación docencia-servicio, etc. Fui profesor de la Facultad de

Medicina de Bahía durante 21 años y coleccioné fracasos en todas esas iniciativas. Publiqué un artículo en una revista de OPS sobre educación médica en la década del 90 cuyo título era "el optimismo no basta". Todo esto lo digo para justificar el motivo por el cual relativizo el peso de las estrategias pedagógicas.

El capital que dirige las fuerzas expansionistas para fomenta el consumo de las mercancías en el sector salud (medicamentos, equipamiento, vacunas, material descartable) y la financiación que avanza con el seguro de salud conforman un modo de producción de servicios de salud que, de última, determina el tipo de médico y de trabajadores de salud.

Aprendí con un médico y sociólogo argentino, Juan Cesar García, que produjo un estudio clásico titulado: La educación médica en la América Latina (1972), que el proceso de producción de médicos presenta vínculos con la práctica médica y que, no obstante, dada cierta autonomía relativa de la escuela médica, está determinada por las articulaciones entre la medicina y la estructura social. Una posible acción racionalizadora o innovadora del Estado en la formación de los trabajadores de salud se debe enfrentar con tales determinantes estructurales. Por lo tanto, quien forma, reforma, conforma, deforma o transforma los agentes-sujetos de las prácticas de salud y la manera en que presta los servicios de salud que, aun la mayoría de nuestros países, sufre, en última instancia, las determinaciones del capital.

Entre tanto, las prácticas de salud, en cuanto trabajo reflexivo centrado en la interacción, pueden propiciar una reflexión crítica entre colectivos de producción y, en esa perspectiva, buscar una mayor cualificación técnico-científico y ética emancipadora de los sujetos-agentes, engendrando nuevas luchas contra el capital y una actuación dominante del Estado en salud. Así, es importante apostar en estrategias de enseñanza-estudio-aprendizaje más próximas a la vida concreta de las personas, sea en las comunidades, en los grupos organizados, en los establecimientos de salud y en los sistemas públicos de salud.

**R:** Las residencias médicas son una institución de alto poder de reproducción del MMH, ¿usted ve alternativas a esta forma de especializarse?

**JSP:** Las residencias son modalidades de formación especializada de gran relevancia, pues están centradas en el trabajo, superior al modelo escolar. A pesar de que originalmente hayan sido implantadas como residencias médicas, con-

tribuyendo a la reproducción del Modelo Médico Hegemónico (MMH), ha habido, desde la década del '80, experiencias de residencias en medicina social y salud pública divergentes del MMH. En Brasil, actualmente, existen programas de residencias multiprofesionales en salud mental y salud de la familia comprometidos con el desarrollo de modelos de atención alternativos.

**R:** Los sistemas de salud se llevan gran parte del PBI de los países y los resultados no son los esperados. Teniendo en cuenta que en los últimos años en Latinoamérica el estado recobró un rol central en el diseño de políticas en salud ¿Ve usted la posibilidad de un sistema de salud único y universal en todos los países con el estado asegurando la salud de las personas y comunidades?

**JSP:** Los países que optaron por sistemas de salud universales, comprometen generalmente entre el 8 y el 10% de su PBI con la salud, de lo cual más del 80% del gasto es público. Países que tienen sistemas de salud privatizados, mercantilizados y segmentados tienden a gastar más, como es el caso de los Estados Unidos que llegará a alcanzar el 15% de su PBI en 2015, lo que equivale a US\$ 4.000.000.000.000 ( 4 trillones de dólares).

Este es uno de los callejones sin salida del SUS, pues a pesar del compromiso constitucional de garantizar el derecho a la salud, el estado brasileño solo cubre el 41% de los gastos en salud. Mientras tanto, el sector privado participa con una mayor proporción de 8,4% del PIB dedicado a la salud, profundizando la privatización, la segmentación y las desigualdades en el sistema de salud brasileño. Países como Colombia, Chile y Argentina, que no disponen de sistemas de salud únicos y universales, tienden a reproducir la segmentación y la privatización. Cuba y Costa Rica que hasta hace poco se caracterizaban por tener sistemas de salud universales y públicos están enfrentando serias dificultades para mantenerlos en los últimos años. Por último, ante la ausencia de amplios movimientos sociales que defiendan una reforma sanitaria basada en la democratización de la salud y la radicalización de la democracia, creo que es difícil conquistar y sobre todo mantener un sistema de salud único y universal con el Estado asegurando la salud de las personas y comunidades.

**R:** ¿Cuál es el principal aporte de la epidemiología en la gestión de los sistemas de salud y como fue el proceso en el SUS en relación a esto?

**JSP:** Entiendo el saber epidemiológico como una tecnología no material imprescindible para dar

cuenta de la dimensión colectiva de problemas y necesidades de salud. Si el sistema de salud no se limita a atender demandas y se compromete con el enfrentamiento de problemas de salud y con la atención de necesidades de salud vinculadas al modo de vida que, actualmente, están siendo llamados "determinantes sociales en salud", la epidemiología tiene mucho que contribuir en la gestión. En el caso del SUS, la ley 8080/90 ya indicaba el uso de la epidemiología en la planificación y la gestión. Sin embargo, la inserción institucional de ese medio de trabajo durante algún tiempo quedó confinada en el Centro Nacional de Epidemiología (CENEPI) vinculado a la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), responsable por un conjunto de programas verticales de control de enfermedades infecciosas. Algunas secretarías de salud crearon intendencias, direcciones o departamentos de vigilancia en salud que ampliaron el uso de la epidemiología en los servicios de salud, y a partir de 2003, el Ministerio de Salud implantó la secretaría de Vigilancia en Salud (SVS) que en el ámbito nacional se encuentra al mismo nivel que jerárquico de la Secretaría de Atención a la Salud (SAS). Así, la SVS ha buscado una articulación con la atención básica de salud, especialmente una integración entre análisis de situación de salud, vigilancia epidemiológica, la salud del trabajador, la vigilancia sanitaria, la vigilancia ambiental y la promoción de la salud.

**R:** Pensamos que es esencial que los médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores de la salud tengan una formación de grado compartida para estimular la construcción de prácticas colectivas y el trabajo en equipo ¿Qué experiencias de este tipo existen en Brasil y que efectos tuvieron?

**JSP:** No he estado siguiendo de cerca últimamente las experiencias de ese tipo en Brasil, pero es posible que el movimiento de Red Uni disponga de una sistematización de las mismas, especialmente derivadas de las discusiones de sus congresos anuales. Esta red fue creada hace dos décadas atrás a partir de articulaciones de programas de integración docente asistencial que dialogan con un conjunto de proyectos UNI (Una Nueva Iniciativa) que buscaban un trabajo integrado entre las instituciones de enseñanza, servicio y comunidad. Estudiantes y profesores de medicina, enfermería, psicología, nutrición, farmacia, etc., eran estimulados a trabajar en conjunto para promover prácticas colectivas y trabajo en equipo.

El ministerio de salud, en asociación con escuelas de salud pública y directorios académicos han apoyado las etapas de crecimiento del SUS,

en los que los estudiantes de grado en salud, supervisados, viajan para los municipios que disponen de experiencias interesantes en la implementación del SUS y participan de talleres para analizar críticamente tales experiencias.

Las residencias multiprofesionales serían otro ejemplo de trabajo en equipo. En el caso del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía ofrecemos las disciplinas Introducción a la Salud Colectiva, Epidemiología y Políticas de Salud, para los cursos de grado en salud, lo que ha permitido la realización de trabajos de campo con grupos de alumnos de medicina, enfermería, psicología, fonoaudiología, farmacia, entre otros, lo que enriquece las discusiones, coloca en cuestión corporativismos y hegemonías, además de promover el trabajo en equipo. Aun así, imagino que serán necesarios estudios más estructurados para evaluar los resultados de esas experiencias.