

## **ESTRUCTURA DE SERVICIOS Y FUERZA DE TRABAJO EN BRASIL, 1978-1984**

*Roberto P. Nogueira\**

El tema Estado y Salud es central en la discusión de los problemas relacionados con la forma moderna de organización social de las prácticas de salud. De hecho, el Estado, el capital y el trabajo en salud configuran un triángulo que debe ser objeto de cualquier análisis inspirado en los principios y métodos de las ciencias sociales.

Tomando como objeto el caso de Brasil y la evolución de su estructura de servicios de salud en los últimos años, aparecen seguidamente algunas observaciones sobre los efectos que sufre la fuerza de trabajo en salud debido a la progresiva intervención del Estado en esa área.

Los datos y resultados que se presentarán surgen de una investigación realizada por la Escola Nacional de Saúde Pública y la Universidade Federal de Minas Gerais con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Los datos son en gran parte inéditos y fueron obtenidos de una encuesta sobre establecimientos de salud que lleva a cabo todos los años el Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

\* M.D. Consultor de la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Al tratar ese tema es necesario reafirmar una vez más que los cambios en la estructura de la fuerza de trabajo dependen de los cambios en la estructura de servicios de salud. En Brasil, la intervención del Estado en la estructura de servicios, a través de las distintas políticas de financiación, a pesar de sus ambigüedades, debe ser interpretada como una forma de modernización del sector estatal paralela a un refuerzo del sector privado lucrativo. El sector privado integra un grupo de productores lucrativos y otro no lucrativo que tienen lógicas económico-sociales diferentes. La distinción es importante porque mientras uno está en decadencia el otro está en pleno florecimiento.

Antes de abordar la dinámica reciente de estos tres productores colectivos, debemos hacer algunos comentarios sobre el productor aislado, ya que a partir de la disolución de su modelo de prestación de servicios es que surgen las formas colectivas o institucionales de prestación de servicios de salud.

La discusión que sigue acerca de las tendencias de los cuatro tipos de productores mostrará que:

- los productores aislados disminuyen su participación en el mercado de trabajo y combinan crecientemente diversas formas de vínculo, sobre todo con actividades asalariadas
- los productores privados no lucrativos tienen una fuerza de trabajo que no creció en los últimos años
- los productores privados lucrativos y los públicos aumentarán bastante su fuerza de trabajo, incluso en el período más grave de la crisis socio-económica.

#### **a. El Productor aislado**

El último estudio realizado por Cecilia Donnangelo en la región metropolitana de São Paulo, en 1980-81, reveló que de 738 médicos activos sólo 5.6% vivían exclusivamente de las formas clásicas de trabajo liberal, con libre captación de clientela. Todos los demás dependían en parte de una modalidad más moderna de inserción en el mercado de trabajo y el 30% eran asalariados exclusivamente.

Lo que caracteriza particularmente la situación laboral de los médicos es la diversidad de vínculos. En el estudio citado, 57% de ellos mantenían situación de múltiple inserción económica en el mercado de trabajo. Por otra parte los propietarios y

los desempleados, como dos grupos extremos, constituyan una proporción muy pequeña (Tabla 1).

**TABLA 1**

**Distribución de los médicos según formas de inserción  
en el mercado de trabajo.  
Región Metropolitana de São Paulo, 1980-81**

<b>Formas Exclusivas:</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Salario	177	29.4
Propiedad	10	1.4
Actividad liberal*	36	5.6
Actividad autónoma**	26	5.4
<b>Formas Combinadas:</b>		
Actividad asalariada	383	51.9
Actividad no asalariada	38	5.1
Sin Trabajo o Voluntarios	9	1.2
<b>TOTAL</b>	<b>738</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Condições do Exercício Profissional da Medicina Area Metropolitana de São Paulo, Relatório de Pesquisa, CREMESP, s/d.

Los datos disponibles sobre esta situación en el ámbito nacional son los que resultan de los censos nacionales. Ellos demuestran que la proporción de médicos que describen su principal ocupación como autónoma disminuyó del 32% al 25%, entre 1970 y 1980.

\* Captación de clientela por libre demanda (forma clásica).

\*\* Captación de clientela, en parte por mecanismos contractuales mantenidos con empresas o seguro (forma moderna de medicina liberal)



La actividad asalariada aparece así como una tendencia fuerte e impositiva pero todavía predomina la opción de combinar vínculos múltiples de naturaleza distinta. Sin embargo, hay ciertas formas modernas de subsistencia del trabajo liberal, por medio de asociaciones, seguros privados y cooperativas, que todavía no son bien conocidas y deberían ser objeto de investigaciones específicas.

El seguro social contempla los productores aislados por medio de una política de compra de servicios ("credenciamento") para atender la clientela asegurada. A pesar de eso, a la gran mayoría de los productores aislados, la intervención global del Estado en el área de salud les resta clientela a largo plazo. Esa situación se ve agravada por la competencia y por las dificultades de generación de un capital mínimo, lo que les obliga a ocuparse en actividades asalariadas como forma de complementar sus ingresos.

#### **b. Los Productores no-lucrativos**

Las instituciones filantrópicas y de beneficencia, es decir, sin fines lucrativos, constituyen un sector tradicional, que sufre un proceso parcial de modernización, pero que en su totalidad tienden a perder espacio y relevancia en el mercado.

En los últimos años ese sector viene nítidamente perdiendo capacidad instalada en términos de número de camas, consultorios y recursos humanos.

En lo que se refiere a instalaciones, su situación se viene deteriorando hasta tal punto que en 1984 mostraba relativamente la misma capacidad que tenía en 1978, como se puede apreciar en la Tabla 2.

**TABLA 2**

#### **Evolución de la Capacidad Instalada del Sector Privado No-Lucrativo, Brasil, 1978-84**

	1978	1980	1982	1984
Establecimientos	3677	4073	2826	2971
Camas	174366	187813	171375	173258
Consultorios	14198	16186	13675	14621

La crisis socioeconómica de 1980-84 tuvo un efecto muy drástico en ese sector. En números absolutos, su capacidad instalada sufre una reducción sustantiva especialmente en lo que se refiere a su parte de establecimientos sin internación.

Un descenso similar ocurre con la fuerza de trabajo, que en 1984 se mantenía todavía en los niveles de 1980 (Tabla 1). Se observa en los últimos años que una tendencia de una parte de esos establecimientos fue la de adoptar una lógica de gestión capitalista, basada en distintos mecanismos de captación financiera, incluso en la realización de contratos con el seguro social. Pero la subsistencia del conjunto del sector es problemática y a largo plazo se puede prever que se vuelva bastante minoritario con relación a los demás tipos de productores colectivos, bien sea por redefinición de su status jurídico o por la simple extinción de las iniciativas en el campo de salud por parte de un gran número de las instituciones filántropas y benéficas.

**TABLA 3**

**Puestos de Trabajo en Establecimientos de Salud Privados No-Lucrativos, Brasil, 1978-84**

	1978	1980	1982	1984
Médicos	32686	37048	33445	37089
Total de 18 categorías	11856	134894	124421	132097

**c) Los Productores privados lucrativos**

El sector privado lucrativo por su parte continúa manteniendo un ritmo razonable de expansión. A lo largo de la década de los setenta este grupo de productores fue privilegiado por la acción estatal y pudo crecer a través de una política de inversiones de fondos públicos con bajas tasas de interés y de compra de servicios garantizada por el seguro social. Sin embargo, recientemente, coincidiendo con el período de crisis, viene mostrando señales de escaso dinamismo en lo que se refiere a oferta de nuevas camas. Así, el crecimiento de la oferta de camas por ese sector se redujo a 0.9% en 1982-84, mientras que estaba por encima del 5% en los años previos. Sin embargo, como resultado de una gran expansión de la rama de clínicas ambulatoriales en el bienio 80-82 (Tabla 4), las tasas de crecimiento del número de consultorios son aún muy altas.

Los años 1982-84 enmarcan una coyuntura muy crítica para las inversiones en asistencia hospitalaria en Brasil. Tanto en el sector privado como en el público prácticamente no hubo ampliación de la oferta de camas.

**TABLA 4**

**Evolución de la Capacidad Instalada del Sector Privado Lucrativo y Promedio Anual de Incremento Geométrico, Brasil, 1978-84**

	1978	1980	1982	1984	78-80	80-82	82-84	80-84
Establecimientos	3829	4731	5688	5996	6.84	14.07	2.67	8.22
Camas	166400	187545	208005	211802	6.16	5.31	0.91	3.09
Consultorios	15330	18458	24537	27821	9.73	15.30	6.48	10.80

A pesar de lo referido, el sector lucrativo mantiene actualmente cerca de 42% de toda la oferta de camas hospitalarias en Brasil. Sólo un cuarto de las 500 mil camas están ubicadas en instituciones públicas. El sector público mantiene, sin embargo, la mayor parte de la capacidad física instalada en el área de consultorios (Tabla 5).

**TABLA 5**

**Participación Relativa de los Tres Sectores en la Capacidad Instalada Total en Salud, Brasil, 1984**

Tipo	Público	N.Lucrativo	Lucrativo	Total
Establecimientos	67.19	10.87	21.94	100 (27330)
Camas	24.40	34.02	41.59	100 (509320)
Consultorios	57.35	14.69	27.96	100 (99501)

Al analizar el desempeño de ese grupo de productores en el componente de fuerza de trabajo, se puede constatar, por ejemplo, que la demanda por empleos de médicos no bajó en el período de crisis de 1980-84; al contrario, fue un poco más alta que en el período anterior de 1978-80 (Tabla 6). Pero los datos disponibles indican que el aumento de demanda se dio en gran parte por el aumento de los servicios ambulatorios.



De un modo general, se percibe que los productores lucrativos mantienen una posición de privilegio en la estructura de producción de servicios de salud en Brasil, especialmente en el campo hospitalario. Esa posición nunca estuvo amenazada efectivamente por los productores públicos cuya capacidad instalada en número de camas está congelada, como se verá seguidamente.

**TABLA 6**

**Puestos de Trabajo en Establecimientos Privados Lucrativos y Tasas Geométricas de Crecimiento, Brasil, 1984**

	1978	1980	1982	1984
Médicos	36059	41154	51777	58324
Total de 18 categorías	103823	120172	139039	148103
(Tasas)				
	78-80	80-82	82-84	80-84
Médicos	6.83	12.17	6.13	9.11
Total de 18 categorías	7.59	7.56	3.21	5.36

**d) Los Productores públicos**

El sector público de servicios de salud en Brasil creció substancialmente en los cuatro años de crisis que van de 1980 a 1984. Esa expansión ocurrió en tres sentidos: en número de establecimientos, de consultorios y de empleo de médicos y otros profesionales. En contraposición, el número de camas se mantuvo en niveles similares a los de 1978 (Tabla 7).

El sector público presenta un dinamismo grande en la oferta de estructuras para atención ambulatoria, pero está desde hace tiempo claramente estancado en términos de oferta de nuevas camas.

El conjunto de los datos sobre capacidad física instalada atestiguan que uno de los más claros efectos de la crisis socio-económica fue la disminución de las inversiones en atención hospitalaria en la totalidad del sector salud en Brasil, durante los años 1980-84. En ese período la oferta global de camas tuvo un crecimiento de so-

lo 0.7% por año, que se compara muy desfavorablemente con la tasa de 3.5% ocurrida en los dos años anteriores.

**TABLA 7**

**Evolución de la Capacidad Instalada del Sector Público y Promedio Anual de Crecimiento, Brasil, 1978-84**

	1978	1980	1982	1984	78-80	80-82	82-84	80-84
Establecimientos	7839	10045	15286	18363	13.20	23.36	9.60	16.28
Camas	122363	120275	124775	124260	-0.86	1.85	-0.21	0.82
Consultorios	30531	35255	49358	57059	7.46	18.32	7.52	12.79

Sin embargo, la evolución de la fuerza de trabajo en el sector público a lo largo de ese período de crisis es sorprendente. La proporción de crecimiento de los puestos de trabajo fue mayor en ese período no sólo para los médicos, sino también para las 18 categorías de trabajadores de salud estudiadas (Tabla 8). Es notable la tasa de más de 12% constatada en relación a las 18 categorías en el bienio 1980-82.

**TABLA 8**

**Puestos de Trabajo en Establecimientos Públicos y Tasas Anuales de Crecimiento Geométrico, Brasil, 1976-84**

	78	80	82	84
Médicos	58560	67889	84090	98739
Total de 18 categorías	195688	227039	286824	337848
(Tasas)				
	78-80	80-82	82-84	80-84
Médicos	7.67	11.29	8.36	9.82
Total de 18 categorías	7.71	12.40	8.53	10.45



Esa información permite sostener la hipótesis que el sector público de salud ejerció en ocasión de la crisis un rol anticíclico permitiendo la absorción de la fuerza de trabajo excedente que no puede ser empleada en otros sectores, sobre todo con respecto a los trabajadores de más baja calificación. De ahí se derivan algunos hallazgos interesantes posibilitados por la investigación mencionada, por ejemplo: la fuerza de trabajo hospitalaria creció bastante, pero el número de camas se mantiene constante. Los efectos de esa incorporación adicional de fuerza de trabajo en los niveles de productividad hospitalaria representan un problema central para futuras investigaciones que se pretenden desarrollar.

De hecho, parece existir una tendencia real en Brasil de ampliar la participación del sector público en la totalidad de la fuerza de trabajo institucional. En 1984, más de la mitad de todos los médicos y de otros trabajadores de salud estaban empleados por los establecimientos públicos (Tabla 9).

**TABLA 9**

**Participación Relativa de los Tres Sectores en la Fuerza de Trabajo en Salud, Brasil, 1984**

Tipo	Público	N-Lucrativo	Lucrativo	Total
Médicos	50.86	19.10	30.04	100 (194152)
Total de 18 categorías	54.66	21.37	23.96	100 (618048)

La ampliación de los convenios de la seguridad social con las secretarías estaduais y municipales de salud a partir de 1980 puede ser uno de los factores explicativos del crecimiento del empleo en el sector público. Además, la reducción de los niveles de salario real en ese momento de crisis puede haber contribuido a que se contratara más personas con base en un presupuesto de valor real constante.

Hay que subrayar, no obstante, que tal tendencia no se deriva de un apoyo privilegiado al sector público por las políticas de salud estatales. Durante todos los años setenta, las políticas de salud mostraban una duplicidad que permitía ampliar tanto el sector público como el privado lucrativo, a la vez que se pronunciaban explícitamente sobre la extensión de cobertura en áreas urbanas y rurales a través de los servicios del sector público. En los años más recientes de crisis, esa duplicidad, por razones económicas y por presiones sociales, fue atenuada y el sector público se pudo beneficiar un poco más de los recursos disponibles.

No se puede decir que esas circunstancias llevaron a un descenso del sector lucrativo. Las empresas médicas continúan su proceso de proliferación en Brasil y parecen estar bien, a pesar de la disminución del amplísimo espacio de que disfrutaban previamente. De cualquier modo, existe suficiente evidencia que sus intereses fueron contrariados a partir de 1980 y lo continúan siendo hasta hoy, en período de la Nueva República, porque los convenios con el sector público se extendieron aún más ampliamente.

El trabajo asalariado y en condiciones colectivas está cambiando la percepción que el médico y otros profesionales tienen de su rol en la sociedad y su sindicalización es un proceso creciente. Esto determina movimientos reivindicatorios que acercan sus intereses a los de otros trabajadores menos calificados, en distintos sectores sociales. En el sector público, una de las luchas más recientes de los sindicatos médicos se concentra en la obtención de remuneración equitativa entre las instituciones federales y las estatales ya que los mecanismos de financiamiento se están homogenizando con la participación cada vez mayor del seguro social.

Como conclusión, podemos afirmar que los dos sectores que están en franco proceso de agotamiento en Brasil son los dos productores aislados o autónomos y el privado no-lucrativo. El crecimiento simultáneo de los sectores público y lucrativo es una consecuencia inevitable de las políticas que se adoptaron hasta la fecha y esa polarización pudiera agudizarse en los próximos años. La pregunta que queda es la siguiente: hasta qué punto esa polarización representa una contradicción, que se deberá solucionar de alguna manera, o se trata de una forma tensa de complementariedad entre Estado y capital en el sector salud, que funcionará con su lógica singular, indefinidamente, en las nuevas condiciones de desarrollo capitalista en Brasil?