CRÍTICA REVOLUCIONÁRIA
Revolutionary Criticism

Crit Revolucionária, 2024;4:e002

Artigo original

https://doi.org/10.14295/2764-4979-RC_CR.2024.v4.32

LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD, LA PRÁCTICA INTERPROFISSIONAL Y EL CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

Rosimeire GOIS[I]

[I] Universidade Federal de São Paulo, Instituto de Saúde e Sociedade. Santos, SP, Brasil.

Autor de correspondencia: Rosimeire Gois rosimeire.gois@unifesp.br

Recibido: 17 jul 2023
Revisado: 29 ago 2023
Aprobado: 22 jun 2024

https://doi.org/10.14295/2764-49792RC_CR.v4.32

Copyright: Artículo de acceso abierto, bajo los términos de la Licencia Creative Commons (CC BY-NC), que permite copiar y redistribuir, remezclar, transformar y crear a partir de la obra, siempre que no sea con fines comerciales. Deben citarse los créditos.

Resumen

Este ensayo tiene como objetivo general reflexionar sobre la importancia del análisis de coyuntura al momento de realizar una investigación, considerando la relación entre Estado y capital en la crisis contemporánea. Sin embargo, también existe la necesidad de realizar el análisis considerando el contexto capitalista moderno al que está expuesta la red asistencial, considerando el capitalismo contemporáneo, muy gerencial en la gestión de la salud pública y la interprofesionalidad en la red asistencial. Desde la reforma sanitaria brasileña, se ha hablado mucho sobre la Red

de Atención a la Salud, el Sistema Único de Salud y la interprofesionalidad. Pero poco se dice sobre la crisis del capitalismo y los impactos de esta crisis en la salud pública. El ensayo deriva de una investigación doctoral. El objetivo es analizar acciones colaborativas en el trabajo en equipo. Los resultados esperados describen la intencionalidad de acciones colaborativas conjuntas y contribuyen a la ampliación de políticas públicas para fortalecer el SUS.

Descriptores: Análisis de coyuntura; Capitalismo; Estado; Interprofesionalidad.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE, A PRÁTICA INTERPROFISSIONAL E O CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

Resumo: Este ensaio tem como objetivo geral refletir sobre a importância da análise de conjuntura ao realizar uma pesquisa, considerando a relação entre Estado e capital na crise contemporânea. Entretanto, há também a necessidade de realizar a análise considerando a conjuntura capitalista moderna a qual a rede de atenção está exposta, considerado o capitalismo contemporâneo, gerencialismo na gestão pública em saúde e a interprofissionalidade na rede de atenção à saúde. Desde a reforma sanitária Brasileira, muito se ouve falar sobre a Rede de Atenção à Saúde – RAS, Sistema Único de Saúde – SUS e interprofissionalidade. Mas, pouco se falar sobre a crise do capitalismo e a quais os impactos dessa crise na saúde pública. O ensaio deriva de pesquisa de doutorado. O objetivo é analisar ações colaborativas no trabalho em equipe. Os resultados esperados descrever a intencionalidade de ações colaborativas conjunta e contribuir para a ampliação políticas públicas de fortalecimento ao SUS.

THE HEALTH CARE NETWORK, INTERPROFISSIONAL PRACTICE AND CONTEMPORARY CAPITALISM

Abstract: This essay has as its general objective to reflect on the importance of conjuncture analysis when carrying out a research, considering the relationship between State and capital in the contemporary crisis. However, there is also a need to carry out the analysis considering the modern capitalist context to which the care network is exposed, considering contemporary capitalism, very managerial in public health management and interprofessionality in the health care network. Since the Brazilian health reform, much has been heard about the Health Care Network, the Unified Health System and interprofessionality. But little is said about the crisis of capitalism and the impacts of this crisis on public health. The essay derives from doctoral research. The objective is to analyze collaborative actions in teamwork. The expected results describe the intentionality of joint collaborative actions and

Descritores: Análise de conjuntura; Capitalismo; Estado; Interprofissionalidade.		contribute to the expansion of public policies to strengthen the SUS. **Descriptors:** Conjuncture; Analysis; Capitalism; State; Interprofessionality.

INTRODUCCIÓN

El objetivo general de este ensayo es reflexionar sobre la importancia de realizar investigaciones, considerando la relación entre el Estado y el capital en la crisis contemporánea y analizando la coyuntura. El ensayo surge de un proyecto de investigación doctoral en la Red de Atención a la Salud (RAS) del Sistema Único de Salud (SUS), en la zona sur de la ciudad de São Paulo, y surgió de la necesidad de comprender la Práctica Colaborativa Interprofesional en las acciones de salud en el contexto del trabajo en equipo desde la perspectiva de los profesionales, gestores y usuarios. Y comprender cómo el soporte matricial y las acciones de salud son entendidas por los profesionales que componen la RAS, cómo se han preparado para el trabajo en equipo y la práctica colaborativa interprofesional, cómo la gestión facilita los espacios para el trabajo en equipo y la práctica colaborativa interprofesional y cuál es la percepción del usuario sobre las acciones de salud ofrecidas en la RAS.

De acuerdo con lo anterior, la motivación de esta investigación surge de la necesidad de comprender la Práctica Interprofesional Colaborativa en las acciones sanitarias en el contexto del trabajo en equipo gestionado por una Organización Social desde la perspectiva de los profesionales, gestores y usuarios.

En este contexto, la hipótesis es que el soporte matricial es un espacio potente de interacción profesional y puede ser desarrollado con la intención de la Práctica Interprofesional Colaborativa (PIC). El escenario del soporte matricial también puede ser una estrategia de organización del proceso de trabajo sanitario basado en la integración de equipos implicados en situaciones, problemas o quejas comunes dentro de la RAS, y también es un espacio de colaboración interprofesional.

El acceso universal y la calidad de la atención sanitaria pueden mejorarse mediante la operacionalización de las acciones sanitarias desde la perspectiva de la práctica interprofesional

colaborativa y el trabajo en equipo. Aunque somos conscientes de los retos que esta práctica plantea.[1]

> [La] práctica colaborativa y el trabajo en equipo pueden contribuir a mejorar el acceso universal y la calidad de la asistencia sanitaria. Sin embargo, la operacionalización del trabajo interprofesional es un reto actual. A este reto se añade la imprecisión conceptual en el estudio del tema, donde términos como colaboración y trabajo en equipo se utilizan a menudo como sinónimos.[1(1525)]

Los equipos de salud de Atención Primaria de Salud (APS) crean espacios y oportunidades para cultivar el arte del diálogo, superando la dicotomía entre aprender y enseñar.[2]

El soporte matricial involucra el intercambio entre profesionales y estimula la reflexión y la producción de conocimiento.[3] El Sistema Único de Salud es interprofesional, concebido e implementado como espacio de atención, educación profesional, gestión y control social, con foco en la integralidad, equidad, universalidad y participación.[4]

> Para que los profesionales sanitarios colaboren eficazmente y mejoren los resultados sanitarios, dos o más de ellos, con distinta formación profesional, deben tener primero oportunidades de aprender unos de otros, unos de otros y unos con otros. Esta formación interprofesional es esencial para el desarrollo de un personal sanitario "colaborativo preparado para la práctica", en el que el personal trabaje conjuntamente para prestar servicios integrales en una amplia gama de entornos sanitarios.[5(13)]

Se espera que el análisis de los datos tras la recogida de la encuesta responda a las preguntas mencionadas. Sin embargo, también es necesario analizar la coyuntura capitalista moderna a la que está expuesta la red asistencial, considerando el capitalismo contemporáneo, el gerencialismo en la gestión de la sanidad pública y la interprofesionalidad en la red asistencial.

Desde la reforma sanitaria brasileña, mucho se ha dicho sobre la RAS, el SUS y la interprofesionalidad. Pero poco se dice sobre la crisis del capitalismo y el impacto de esta crisis en la salud pública.

Una de las peculiaridades de la Reforma Sanitaria[6] fue el uso de categorías centrales de originalidad marxista y referencia socialista para producir una comprensión de la situación que enfrentaban. El uso de estas categorías favoreció la investigación detallada de los análisis del escenario brasileño de lucha de clases en el que se encontraban los reformistas[6].

En Brasil, la política de salud ha surgido de diferentes formas en las diversas regiones y estados brasileños: la implantación del sistema único de salud y la gestión de redes de atención, la diversidad de la prestación y gestión de servicios, la forma en que se ha invertido en el papel de los servicios, la importancia de las instituciones no gubernamentales en las actividades de gestión

de las políticas públicas, el surgimiento de diversos tipos de *empresarialismo* en la gestión y prestación de servicios y la descentralización del poder regulador y decisorio a los estados y municipios y la proliferación de actividades *empresariales* en la prestación de servicios.[7]

Se observa que en la actualidad existe una preocupación por la formación profesional, el trabajo interprofesional y quizás un cierto romanticismo en las acciones que se llevan a cabo cotidianamente en los territorios sanitarios, sin tener en cuenta el análisis de la situación en la que se inserta nuestra sanidad pública.

En este contexto, el servicio público tuvo la oportunidad de aplicar y combinar procedimientos de gestión provenientes del sector privado, bajo el discurso de la eficiencia y resultando en una gestión menos costosa; esta acción pasó a ser conocida como gerencialismo.[8]

El Estado brasileño no ha dejado de apoyar al sector privado, ofreciendo herramientas operativas que ponen en riesgo la salud universal, en cuyo caso se destaca el uso del gerencialismo, que podemos denominar gerencialismo mediado por el desempeño. Para los autores, el estado actual del trabajo en los servicios públicos recuerda la brutalidad vivida por los trabajadores en los tiempos de la acumulación primitiva[9].

Se entiende que la reflexión sobre el análisis de los datos de esta investigación debe realizarse en profundidad, buscando comprender la relación entre la crisis contemporánea y la salud, a partir de la idea más amplia de la crisis del capital. La crisis capitalista y el Estado juegan un papel importante en su composición. La economía capitalista se construye a través de intereses creados en la distribución y propiedad del capital y del trabajo explotado, y el Estado se constituye directamente por las diversas caras e inconsistencias económicas y sociales. El Estado reproduce este sistema capitalista y es el motor esencial de esta reproducción[10].

Al pensar en la salud pública y en la organización de las redes asistenciales, es fundamental pensar en la crisis del capitalismo y en el papel del Estado en diálogo con el capital. En este contexto, el Estado tiene una forma social, que deriva de las relaciones de poder y de la explotación de la fuerza de trabajo.[11]

La crisis y el conflicto son inherentes al capitalismo, y el Estado deriva de este conflicto y reproduce el sistema económico. Las fuerzas del capitalismo son las que constituyen el Estado moderno. El capital puede entenderse como una relación, una conexión social de producción. Para Marx[12], el capital es un producto históricamente peculiar de naturaleza social y económica, en el que el poder político del Estado moderno garantiza también la acción continua de

expropiación violenta de la tierra. En este sentido, es posible que se nos exija un mayor esfuerzo para estar de acuerdo con un Estado que tiende a actuar de tal forma que gestiona las políticas públicas, en este caso la sanidad, al mando de las predilecciones de la lógica del capital.[12]

LA RED SANITARIA EN LA ÉPOCA CONTEMPORÁNEA

En este contexto, el concepto de Red de Asistencia Sanitaria se ha desarrollado en diversos campos, como la sociología, la psicología social, la administración y la informática. Las RAS

> tienen una misión y objetivos comunes; actúan de forma cooperativa e interdependiente; intercambian constantemente sus recursos; se establecen sin jerarquía entre los puntos de atención de salud, organizándose de forma *poliárquica*[*sic*]; implican un continuo de atención en los niveles primario, secundario y terciario; apelan a la atención integral con intervenciones promocionales, preventivas, curativas, asistenciales, rehabilitadoras y paliativas; trabajan bajo la coordinación de la APS; prestan atención oportuna, en los momentos y lugares adecuados, de manera eficiente y ofreciendo servicios seguros y eficaces, de acuerdo con la evidencia disponible; se centran en el ciclo completo de atención de una condición de salud; tienen responsabilidades sanitarias y económicas inequívocas para con su población; y generan valor para su población. [13] (16)

Un territorio bajo la responsabilidad del RAS puede ser el escenario para la promoción de prácticas de salud en red, prácticas colaborativas, acciones de equipos interprofesionales, articulación entre profesionales, intercambio de experiencias y acciones dirigidas a un mismo objetivo: el bienestar colectivo de un territorio bajo la responsabilidad del RAS.

En este sentido, es importante comprender las transformaciones por las que ha pasado el Estado brasileño en este inicio de siglo y su capacidad de implementar políticas para la sociedad brasileña, en particular políticas de salud. Es necesario reflexionar sobre las propuestas del Banco Mundial para el sector de salud brasileño en la década de 1970. Según el diagnóstico realizado por los consultores del BM, Brasil debía repensar las inversiones en salud para las poblaciones menos favorecidas, en riesgo y vulnerables, que carecían de políticas sociales y que, en consecuencia, sufrían los daños causados por la pobreza y la miseria.[14]

El BM estableció las directrices de una reforma a aplicar en los países periféricos y en vías de desarrollo, cuya principal característica era un cambio en el sistema público, que debería abandonar la atención individual de alto coste, llevada a cabo en hospitales, y concentrar sus acciones en la atención colectiva, simplificada y descentralizada a nivel comunitario. Entre las

estrategias a utilizar en las reformas estarían las prácticas de educación sanitaria, con el objetivo de provocar cambios en los hábitos de vida de los pobres.

En documentos de la época, el BM abogaba:

> Hay una especialización exagerada en la atención ambulatoria, el uso de procedimientos de alta tecnología está creciendo rápidamente y se gasta demasiado poco en promoción y prevención; los autores de los documentos presentaron un conjunto de propuestas que pueden resumirse en seis puntos como grandes directrices para las reformas del sistema de salud brasileño, recientemente modificadas e incluidas en la Constitución Federal: (1) la reducción de la inversión pública en salud; (2) la focalización de los servicios públicos en las poblaciones pobres; (3) el énfasis en las acciones preventivas, especialmente en la reducción de los factores de riesgo; (4) la utilización de recursos públicos para programas que representen básicamente bienes públicos; (6) la introducción de reformas institucionales y del sistema de financiación del sector sanitario, que incluirían la descentralización, con asignación prioritaria de recursos a los pobres, la movilización de recursos privados, el racionamiento de la atención médica y el uso de incentivos y técnicas modernas de gestión. Sugerencias para «racionar» la atención médica y controlar los costes en el sector sanitario.[14(156)]

En este sentido, la APS debería satisfacer la mayoría de las necesidades sanitarias básicas y representar de forma rentable lo que más tarde se denominó la "puerta de entrada" al sistema.

Según el Ministerio de Sanidad

> [la] APS se define como el primer contacto en la red asistencial dentro del sistema de salud, caracterizado principalmente por la continuidad e integralidad de la atención, además de representar la coordinación de la atención dentro del propio sistema, la atención centrada en la familia, la orientación y participación comunitaria y la competencia cultural.[15(9)]

Así, la Estrategia Salud de la Familia (ESF) inició su consolidación como política de atención a la salud, surgiendo en Brasil como una estrategia económica, un modelo de atención basado en la APS.

La ESF surgió como un proyecto para ampliar el acceso y la atención a la población brasileña, para hacer más efectivo el proceso de municipalización de la organización sanitaria, para viabilizar la reorganización acordada entre municipios y para coordinar la atención sanitaria integral.[16]

Tal vez valga la pena analizar aquí que para que la salud pública garantice realmente el acceso universal, es necesario que las inversiones se realicen en función de la realidad de cada territorio, de modo que estemos garantizando la equidad no sólo en el acceso, sino también en la

distribución de las inversiones en políticas de salud. Tal vez de esta forma el acceso a los servicios de APS sea realmente ampliado y cubierto por los equipos de Salud de la Familia en todo el país. Esas inversiones públicas, si se realizan de acuerdo con las necesidades reales de la población, fortalecerán la APS como puerta de entrada y organizadora de la atención en el SUS.

CONSIDERACIONES FINALES

A la luz de lo expuesto, este ensayo ha buscado ayudarnos a reflexionar sobre la necesidad de analizar el objeto de investigación desde el punto de vista de la lógica del capitalismo moderno, la explotación de la fuerza de trabajo y la inversión en políticas públicas más allá de la lógica de las necesidades reales de la naturaleza del Estado.

Destacando la importancia de que cuando hablamos de políticas públicas, la perspectiva debe ser la categoría de ciudadanía y sus particularidades, el uso de categorías centrales de la originalidad marxista y la referencia socialista para producir una comprensión de la coyuntura en la que nos encontramos, podemos utilizar para ello, la ruta crítica del análisis de la coyuntura social y sobre las relaciones entre la salud y los intereses del Estado.

REFERENCIAS

1. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. Interface. 2018;22(Suppl 2):1525-34. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827.
2. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na atenção primária à saúde. Interface. 2018;22(Suppl 2):1534-47. https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0647.
3. Santos RABG, Uchôa-Figueiredo LR, Lima LC. O apoio matricial na atenção primária em saúde e a potencialidade de suas ferramentas. In: Seiffert OMLB, Rossit RAS, organizadoras. Educação permanente em saúde: saberes, trajetórias e formação. São Paulo: Cedess; 2020. p. 225-41. (Coleção ensino em ciências da saúde; v. 2).
4. Peduzzi M. O SUS interprofissional. Interface. 2016;20(56):199-201. https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383.
5. Organização Mundial de Saúde. Marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa. [Brasília, DF]: OMS; 2010.
6. Carnut L, Narvai PC. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. Saude Soc. 2016;25(2):290-305. https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614.

7. Viana ALÁ. Segmentos institucionais de gestão em saúde: descrição, tendências e cenários prospectivos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

8. Wood Jr. T. Mudança organizacional. São Paulo: Atlas; 1995.

9. Alves DFA, Carnut L, Mendes Á. A reforma sanitária brasileira e a natureza do estado: apontamentos críticos sobre a questão agrária. Saude Debat. 2019;43(esp 8):263-75. https://doi.org/10.1590/0103-11042019S819.

10. Mendes Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do estado ou do capitalismo?. Saude Soc. 2015;24(suppl 1):66-81. https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006.

11. Carnut L, Mendes Á. Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. Argumentum. 2018;10(2):108-21. https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i2.19528.

12. Marx K. O capital: contribuição à crítica da economia política. São Paulo: Boitempo; 2013. Lv. 1.

13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília, DF: Conass; 2011.

14. Rizzotto MLF. O banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos [19]90: um projeto de desmonte do SUS [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2010.

15. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: MS; 2009. (Cadernos de atenção básica; n.27).

16. Andrade LOM, Barreto ICH, Bezerra RCR. Atenção básica à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 783-830.