

# Importancia del involucrimiento subjetivo de los trabajadores de la atención primaria en salud para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud latinoamericanos\*

Importance of the subjective involvement of primary health care workers for the strengthening of Latin American public health systems

Recibido: 22 Abril 2021 | Aceptado: 11 Diciembre 2024

JOHANNA GARRIDO-PINZÓN<sup>a</sup>

Universidade Paulista, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5780-1545>

HELOÍSA APARECIDA SOUZA

Pontificia Universidade Católica de Campinas, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0297-0858>

MARCIA HESPANHOL BERNARDO

Universidade de São Paulo, Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8068-6238>

## RESUMEN

La lógica neoliberal y privatista que permea los sistemas públicos de salud en América Latina impacta en la subjetividad y en la salud mental de los profesionales que actúan en la atención primaria. Este artículo tiene como objetivo discutir las consecuencias de esa realidad en la calidad de los servicios ofrecidos a la población, una vez que se reconoce que el involucrimiento subjetivo de los profesionales de ese nivel de atención en los sistemas de salud es fundamental para el éxito de las políticas públicas. Con esta discusión se busca destacar la importancia de que solo en un contexto de trabajo que posibilite el involucrimiento subjetivo de los profesionales, favoreciendo la práctica de la escucha activa, la proximidad con la comunidad y la familiaridad con las condiciones de vida de la población, será posible ofrecer un servicio de calidad en la atención primaria en salud.

## Palabras clave

atención primaria de salud; profesionales de la salud; salud pública; subjetividad; salud mental; trabajo.

<sup>a</sup>Autor de correspondencia. Correo electrónico: [johannagarrido28@gmail.com](mailto:johannagarrido28@gmail.com)

## ABSTRACT

The neoliberal and privatist logic that permeates public health systems in Latin America has an impact on the subjectivity and mental health of professionals working in primary care. This article aims to discuss the consequences of this reality on the quality of services offered to the population, recognizing that the subjective involvement of professionals at this level of care is fundamental to the success of public policies. Through this discussion, we aim to highlight the importance of creating a work context that allows for professional subjective involvement, fostering active listening, community engagement, and familiarity with

Para citar este artículo: Garrido-Pinzón, J., Souza, H. A., & Bernardo, M. H. (2024). Importancia del involucrimiento subjetivo de los trabajadores de la atención primaria en salud para el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud latinoamericanos. *Universitas Psychologica*, 23, 1-15. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy23.iest>

the living conditions of the population. Only within such a context, we can truly provide quality primary health care services.

**Keywords**

primary health care; health professionals; public health; subjectivity; mental health; work.

Recientemente, países de América Latina como México, Argentina, Chile, Colombia y Brasil eligieron líderes de centroizquierda, con proyectos de gobierno progresistas, enfocados en combatir las desigualdades sociales, proteger los derechos de los trabajadores y fortalecer diversas políticas públicas. En cuanto a las acciones encaminadas al fortalecimiento de los sistemas de salud, estos gobiernos se han encontrado con varios desafíos, ya que, como destacan Garrido-Pinzón y Bernardo (2017) los sistemas de distintos países, a pesar de tener diferentes orígenes y presupuestos, hoy en día, presentan varias características y problemas similares, provocados sobre todo por la lógica neoliberal que tomó fuerza en la región a partir de la década de 1980, generando situaciones de precariedad laboral y perjudicando a los sectores más pobres de la sociedad.

Frente a ese escenario, este artículo se centra en los trabajadores de la atención primaria en salud, asumiendo el involucramiento subjetivo de estos profesionales como uno de los principales instrumentos para la ejecución de efectivas políticas públicas en el área. Nos basamos en Merhy (2002) para comprender lo que denominamos “involucramiento subjetivo de los trabajadores”. De acuerdo con el autor, la atención primaria tiene como fundamento el uso de “tecnología leve”, diferente de los hospitales, por ejemplo, en donde predomina la “tecnología dura”. Esta exige procedimientos técnicos y el uso de equipos, en su mayoría sofisticados, lo que implica un cierto distanciamiento entre profesionales y usuarios.

La “tecnología leve” requiere de equipos interdisciplinarios que conozcan las características del territorio donde se ubica la unidad de salud y los usuarios del servicio, así como tener una buena noción del funcionamiento de todo el sistema de

salud y demás equipamientos sociales. Conocer la realidad posibilitará establecer relaciones próximas y aliadas entre profesional-usuario de la atención primaria, a fin de crear de manera conjunta un proceso de cuidado y protección de la salud, siempre considerando la situación del individuo. Esas acciones buscan actuar en red y así lograr una comprensión de los usuarios como sujetos biopsicosociales y no sólo como portadores de un síntoma – buscando, a través de la acogida y del vínculo, involucrarlos en la elaboración de un proyecto terapéutico individual que tenga en cuenta su contexto.

Sin embargo, como destacan Garrido-Pinzón y Bernardo (2017), las situaciones laborales a las que se enfrentan los profesionales de la Atención Primaria son bastante precarias. Esta situación tiene dos importantes consecuencias: individuales – desgaste de la salud de los trabajadores – y sociales – menor calidad del servicio prestado a la población. Seligmann-Silva (2011) afirma que, para comprender el desgaste que experimentan los trabajadores, es necesario partir de la concepción de la salud-enfermedad como un proceso multideterminado e histórico. De esa forma, el concepto de “desgaste mental” de los trabajadores propuesto por la autora, se relaciona con situaciones de trabajo encontradas en la actualidad y se caracteriza como una pérdida paulatina de la salud mental, afectando su subjetividad, su identidad y causando o contribuyendo al agravamiento del sufrimiento psíquico.

Respecto a las consecuencias colectivas, podemos apoyarnos en la teorización de Clot (2015) sobre la “calidad impedida” de la actividad. La mercantilización de un servicio público, según el autor, lleva a los trabajadores “a tener la sensación de que su actividad se vuelve en contra de ellos y, en demasía, contra cierta calidad de vida social” (p. 44). El autor discute las consecuencias colectivas de la adopción de una nueva forma de financiación de la salud, que utiliza el “cobro basado en la actividad” para los equipos de profesionales. Para Clot (2015), “la calidad impedida acaba perjudicando al colectivo, que, siendo útil para el trabajo bien hecho, se

*convierte rápidamente en un obstáculo cuando se pierde la calidad”* (p. 69).

Pero *¿cómo* permitir un mayor involucramiento subjetivo de los trabajadores en los actuales contextos de varios países latinoamericanos de falta de inversiones en atención primaria y sistemas de salud basados en la lógica privatista (Campos, 2007), que prioriza la cuantificación de los servicios prestados y no la calidad del cuidado en salud de la población? *¿cómo* es la vivencia de los trabajadores que entienden su rol en la atención primaria y son incapaces de desarrollar aquello que consideran un “trabajo bien hecho” (Clot, 2010)? *¿cómo* afianzar la prestación de un servicio de calidad en la atención primaria?

Consideramos necesaria la implementación de acciones que interrumpan el proceso de desmonte de los sistemas públicos de salud latinoamericanos y la construcción de proyectos estatales dirigidos a la atención integral de la salud de la población. En este sentido, la inversión en atención primaria es crucial para el pleno funcionamiento de los sistemas de salud, ya que juega un papel fundamental en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades. Aun así, para que esto suceda, los trabajadores deben contar con condiciones favorables para desempeñar idóneamente su trabajo, lo que incluye el cuidado de su propia salud física y mental. Partiendo de esa premisa, este artículo tiene como objetivo discutir las consecuencias del desgaste mental y el impedimento para actuar de los trabajadores de la atención primaria en salud en la calidad de los servicios ofrecidos a la población, ya que se reconoce que el involucramiento subjetivo de los profesionales de ese nivel de atención en los sistemas de salud es esencial para el éxito de las políticas públicas.

Este artículo retoma los estudios de Garrido-Pinzón (2016), que señalaron la inseguridad, incertidumbre, inestabilidad y fragilidad de las situaciones de trabajo en la atención primaria, lo que llevó a los trabajadores a experimentar sentimientos de irrespeto a su dignidad y a la corrosión de su identidad personal y profesional, permitiéndonos, por tanto, defender

que sin mejoras en las condiciones de trabajo no será posible ofrecer un servicio de calidad en la atención primaria. Así, la presente discusión avanza, con relación a la de Garrido-Pinzón y Bernardo (2017)– dialogando con autores como Merhy (2013), Seligmann-Silva (2011) y Clot (2015), bien como con publicaciones recientes que debaten algunos desafíos de los sistemas de salud – abordando los efectos que la lógica neoliberal ha acarreado en la salud mental de los trabajadores. Con ello se busca destacar la necesidad de comprender y enfrentar las precarias situaciones laborales de los profesionales de la salud para promover un ambiente de trabajo saludable y un servicio de calidad en la atención brindada a los usuarios.

Nuestro objetivo no consiste en presentar un relato de investigación, sino en analizar un aspecto contextual más amplio, fundamentándonos en declaraciones de trabajadores de la atención primaria de Bucaramanga (Colombia) y de Campinas (Brasil) que, por medio de metodología cualitativa, fueron reunidas en dos momentos diferentes. En el 2015 cuando se realizaron entrevistas reflexivas en profundidad (Hammersley & Atkinson, 1994) con 17 trabajadores de diversas categorías profesionales que componen la atención primaria; y en el 2021, ya en el contexto pandémico de COVID-19, se decidió realizar nuevamente entrevistas con algunos de los participantes anteriores para verificar las situaciones de esos momentos. Bucaramanga y Campinas fueron escogidas intencionalmente, por el fácil acceso de las autoras, por tener gran importancia social y económica en sus países, por ser referencias en la constitución de sus sistemas de salud nacional y, además, por contar con una población similar: un poco más de un millón de habitantes.

En el siguiente tópico, discutiremos el contexto en el que se enmarca la atención primaria de salud.

## La tendencia neoliberal y privatista en las reformas sanitarias de América Latina

A lo largo del siglo XX, países de América Latina crearon sistemas de protección social y de salud, asociados generalmente a los trabajadores formales, excluyendo a la mayor parte de la población, debido a la alta tasa de informalidad laboral (Solano, 2019). La combinación de condicionantes de orden político y económico ha sido diversificada y ha caracterizado la conformación y manutención de los sistemas de salud latinoamericanos en cada momento histórico. Así, en medio de procesos de transición económica y de democratización durante las décadas de 1980 y 1990, varias naciones latinoamericanas iniciaron sus reformas sanitarias, impulsadas por distintas orientaciones, relativas a sus realidades institucionales, estructurales y político-económicas.

Si nos fundamentáramos en la garantía de los derechos sociales – ‘Estado de Bienestar’, debería ser responsabilidad de los gobiernos otorgar mayor relevancia a la cuestión social. Sin embargo, muchos Estados optaron por hacer reformas considerando esa base, pero favoreciendo al sector privado y, con ello, acentuando las desigualdades en vez de reducirlas. Cabe recordar la influencia determinante que tuvieron las políticas neoliberales<sup>1</sup> para el desarrollo de las reformas sanitarias en diversos países de América Latina, vinculado a la tendencia internacional de reformas generales del Estado – así como sucedió en Perú, Argentina, Colombia y Ecuador – o justificados en la idea de modernización del Estado – como en Chile, México, Uruguay, El Salvador, Nicaragua, entre otros (Homedes & Ugalde, 2010). A pesar de ese aspecto y de afirmarse que esas reformas sanitarias se dedicaron a aumentar la eficiencia y la cobertura, mejorar la calidad de la atención en salud, de promover la equidad entre los diferentes grupos sociales, y reorganizar la distribución de recursos, el principal interés que se perseguía con dichas reformas, conforme apuntan Navarro y

Berman (2019), fue el de privatizar, externalizar y tercerizar los servicios públicos de salud.

Aunque es claro, esos procesos presentaron distinciones, ya que la participación de la población, las luchas, los enfrentamientos, alianzas, acuerdos, éxitos y desaciertos de los diversos actores sociales fueron diferentes en los escenarios en que se estructuraron las políticas organizadoras de los servicios de salud en cada uno de esos países. Borges et al. (2012) argumentan que, en general, estas transformaciones no fueron eficientes, dado que no hubo reducción de costos ni aumento en el acceso a los servicios, especialmente para la población menos favorecida; aunque, sin duda, sí hubo incremento en las ganancias de las empresas privadas de salud.

No obstante, también debemos considerar que existen referencias en América Latina de sistemas de salud erigidos sobre intereses mayoritariamente sociales, que pueden brindar escenarios alternativos en el contexto de las relaciones laborales. Encontramos los casos de Cuba y Brasil, con historias que se desarrollaron siguiendo parámetros distintos a los de la gran mayoría de los países hermanos. Este contraste de historias puede ser una importante fuente de aprendizaje para comprender las experiencias de los trabajadores en los diferentes contextos presentados anteriormente, resultando particularmente interesante en el caso del análisis de los sistemas de salud de Colombia y Brasil, porque, al menos en sus principios y estructura, constituyen modelos antagónicos concebidos en medio de la misma crisis capitalista.

Por un lado está Colombia que, entre los países latinoamericanos que sufrieron la intensa crisis económica de la década de 1980, según Hernández (2002), fue quien incorporó de manera más rigurosa y sistemática el modelo de reformas sanitarias establecido por el Banco Mundial (BM) y por el Fondo Monetario Internacional (FMI). Por otro lado, el caso de Brasil, donde en la misma época de crisis económica, se creó el Sistema Único de Salud (SUS), como resultado de las exigencias de los movimientos populares que, en un contexto postdictadura, lograron establecer la salud como

un derecho de todos los ciudadanos (República Federativa do Brasil, 1988). Se observa, así, que el SUS nació en un escenario neoliberal, en medio de la crisis económica de 1980, justamente en oposición a las tendencias imperialistas, que se caracterizaron por la búsqueda de nuevos mercados en el sector salud (Campos, 2007).

Sin embargo, para la implantación del SUS, también fue necesario realizar concesiones con el sector privado. Por ello, Garrido-Pinzón y Bernardo (2017) al discutir las realidades de los sistemas de salud de Colombia y Brasil, revelan que, a pesar de haber tenido orígenes muy diferentes, en la actualidad, estos sistemas se aproximan en diversos aspectos, presentando características y desafíos semejantes con significativas limitaciones e ineficiencias en la prestación de sus servicios.

Considerando ese escenario y apoyados en las vivencias de profesionales de la salud de Colombia y Brasil, discutiremos detenidamente algunas de las implicaciones que esa coyuntura ha traído para los trabajadores del sector. Al presentar la realidad laboral vivida por estos trabajadores de la atención primaria en ambos países, ejemplificaremos las complejidades, diferencias y semejanzas que delinean los sistemas públicos de salud latinoamericanos, demarcando los desafíos planteados. Sin embargo, antes de adentrarnos en esa discusión, es necesario entender un poco sobre la historia, funcionamiento y configuración actual de los sistemas de los dos países.

## **2.1 Sistemas de salud de Colombia y Brasil: proyectos distintos, realidades semejantes**

En la actual Constitución de Colombia, que data de 1991, la seguridad social es considerada como un servicio público que debe estar garantizado por el Estado, el cual podrá ser prestado por entidades públicas o privadas. La Constitución colombiana no presenta explícitamente la salud como un derecho universal y apenas, en el 2015, la salud se legisló como un derecho fundamental en el país, el cual tiene que ser

provisto y protegido por el Estado (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Debido a la crisis económica y a la influencia de organismos internacionales (BM y FMI), el sistema de salud colombiano se consolidó en principios heredados del neoliberalismo, con la mínima interferencia del Estado, ofreciendo libertad para que los agentes económicos lucraran con la atención a la salud de la población (Hernández, 2002). La estructura de su sistema de salud estipula la evaluación de los servicios de sus profesionales mediante la cuantificación de sus procedimientos, y no con base en las necesidades de la población de cada territorio, ni en el mejoramiento de sus indicadores de salud. Esa forma de producir salud impone una racionalidad económica. Es decir que, históricamente, la salud en Colombia se concibe cada vez más como un servicio de atención individual de enfermedades a ser contratado en el mercado (Homedes & Ugalde, 2010).

En el caso de Brasil, en la década de 1980, después de 21 años de dictadura cívico-militar y de intensas movilizaciones por parte de los movimientos sociales brasileiros (Paim, 2015), se estableció la nueva Constitución Federal, de carácter social, la cual también creó el Sistema Único de Salud – SUS (Presidência da República do Brasil, 1990). El SUS es considerado uno de los sistemas públicos nacionales más amplios del mundo, teniendo como principios básicos la universalidad, la integralidad, la equidad, la descentralización y la participación social (Presidência da República do Brasil, 1990). De esta forma, el Estado pasó a ser responsable por ofrecer atención gratuita para todos los individuos, además de prácticas de prevención de enfermedades y la realización de acciones que promueven la salud integral de la población.

No obstante, Campos (2007) considera que la implantación del SUS ha permanecido incompleta. En la Constitución terminó prevaleciendo la idea de un sistema mayoritariamente público, pero que admitía la participación ‘complementaria’ del sector privado. Es posible afirmar que, a pesar de las dificultades, el sistema logró tener un gran

crecimiento durante las primeras décadas, pero su supervivencia como servicio público se ha vuelto cada vez más difícil a lo largo de los años. Reis y Paim (2021) argumentan que luego del golpe de Estado que sufrió la presidenta Dilma Rousseff en 2016, hubo una escalada del modelo económico neoliberal en el país con la implementación de varias alteraciones legales, que dan más espacio al sector privado y al mismo tiempo promueven varios retrocesos en las políticas públicas de protección a la población. Y ¿cómo se organiza la atención primaria en cada uno de estos sistemas de salud? ¿cuáles son los aspectos relativos a la vinculación laboral de sus profesionales?

### **Modelos de Atención primaria y condiciones laborales de sus profesionales**

La atención primaria en salud en Colombia tiene una perspectiva focalizada, en sintonía con países que poseen seguros sociales, la cual corresponde a un conjunto de acciones de salud de complejidad limitada, orientada esencialmente a poblaciones vulnerables y de alto riesgo sanitario. Su red básica se compone por centros de salud, en especial, pertenecientes al régimen subsidiado<sup>2</sup> y por otras unidades privadas que prestan sus servicios en el primer nivel de atención. Condición diferente a la de Brasil, donde la atención primaria es considerada la puerta de entrada de su sistema de acceso universal, siendo comprendida como un primer nivel estructurante y de organización del sistema, cuyos equipos de profesionales son responsables por los cuidados básicos de todos los habitantes de su territorio de cobertura. De esta manera, se ocupa de actividades de promoción de la salud, prevención y atención de problemas que requieren tecnología menos especializada, y funciona de forma integrada con sus otros niveles de atención. Estas son características propias de países que cuentan con servicios nacionales de salud (Almeida, 2015).

Desafortunadamente, las condiciones de trabajo que enfrentan los profesionales de la salud

en ambos países son desafiantes. En Colombia, el contexto de trabajo público y privado en el campo de la salud ha cambiado significativamente desde la década de 1990, con la implantación de reformas laborales que han marcado retrocesos para sus trabajadores, a partir de la promulgación de diversas leyes. En virtud de esto, ha surgido la flexibilización y precariedad laboral con la tercerización de la fuerza de trabajo, instituyendo distintas formas de contratación en el sector, como cooperativas de trabajo asociado, agencias de trabajo temporal, contratos por prestación de servicios profesionales, por misión, entre otros. Conforme revela el estudio de la Procuraduría General de la Nación de 2020, “los contratos tercerizados constituyen así el 71.37% de los puestos de trabajo en el sector y los servidores que están vinculados a las plantas de personal de las entidades del sector de la salud pública solo constituyen el 28.63%” (p. 3). Adicionalmente, de acuerdo con la Encuesta de Situación Laboral (Colegio Médico Colombiano, 2019), más del 50% de los trabajadores han tenido problemas con el pago de su salario, con retrasos que oscilan entre los 30 a 90 días.

A su vez, en Brasil, si bien la Constitución Federal también establece que los servicios deben ser desempeñados por funcionarios públicos admitidos mediante concurso público, a lo largo de los años se han creado dispositivos legales que permiten la tercerización del gerenciamiento en el ámbito del SUS a través de Organizaciones Sociales (OS), instituciones privadas que tienen como finalidad crear alianzas con los gobiernos para asumir la gestión de unidades de salud. Así, en los últimos años en diferentes estados y municipios de Brasil, se ha producido una disminución de concursos públicos en el sector salud y una significativa inserción de procesos de contratación de trabajadores por medio de terceros. Según Pereira (2004), ese tipo de contratación de profesionales de salud ha sido una de las formas más utilizadas para la fragmentación del SUS. Los salarios suelen ser más bajos, los contratos en su mayoría son precarios y la movilidad de los trabajadores es alta por la influencia política.

La anterior presentación sobre la historia, estructura y problemas de los dos sistemas de salud permite dimensionar la aproximación del sistema público de salud brasileiro al modelo neoliberal que constituyó, desde sus inicios, el sistema colombiano y gran parte de los sistemas de salud latinoamericanos, dificultando e incluso impidiendo una actuación como la propuesta por Merhy (2013) con proximidad y vínculos con los usuarios. En ese sentido, son vastos los efectos que esa lógica ha provocado en la salud y en la vida de los profesionales del área. Veamos, a partir de vivencias de profesionales de la atención primaria de estos países, cómo se da la relación existente entre la precariedad laboral, los procesos de desgaste mental y sus implicaciones en la calidad de la atención a sus usuarios.

### **Realidades de trabajo y vivencias subjetivas de profesionales de la atención primaria de Colombia y Brasil**

El actual ensayo parte de la preocupación por el cuidado en salud de la atención primaria y del indispensable involucramiento subjetivo de sus trabajadores para la efectividad de dicha asistencia, la cual se logra actuando en el manejo cotidiano que cada encuentro trabajador-usuario exige. Coincidimos con Merhy (2013) en que es justamente en ese lugar de reunión entre los profesionales de salud y los usuarios del servicio, que reside la riqueza y la intensa actividad de cuidado. Pero ¿qué sucede cuando estas relaciones, entre trabajador y usuario, se ven laceradas como consecuencia de las imposiciones dadas por una organización del trabajo que se ha precarizado por estar cimentada en intereses privatistas?

Conforme destacado por Garrido-Pinzón y Bernardo (2017), entre los desdoblamientos de los principios neoliberales en salud pública encontramos diferentes consecuencias en los dos contextos investigados. Por ejemplo, en Colombia se puede decir que, en el actual sistema de salud, desde su implantación ha mostrado siempre una clara tendencia a favorecer al sector privado, las repercusiones para los

trabajadores parecen haberse expresado rápida y directamente. En el caso brasileiro, los profesionales entrevistados indican que los cambios se han producido de manera más lenta y progresiva, aunque vale destacar, que en los últimos años ha habido una mayor intensificación de mudanzas. Con todo, a pesar de tratarse de sistemas con características y presupuestos distintos, y después de haber constatado las declaraciones en dos momentos diferentes (2015 y 2021), los trabajadores de ambos países se ven afectados por una precariedad laboral similar. A seguir, veamos como los contextos de trabajo de la atención primaria en los dos países son marcados por la ideología neoliberal que, de acuerdo con Dardot y Laval (2016), genera una presión constante sobre los individuos y contribuye para la pérdida del sentido de la colectividad, repercutiendo en la subjetividad de los profesionales y, en consecuencia, en la calidad del servicio prestado a la población. Para esto, ejemplificaremos con algunos relatos<sup>3</sup> de trabajadores.

### **Subjetividad y salud mental del trabajador de la atención primaria**

En este tópico, abordamos de forma sucinta la relación entre el actual contexto social y el concepto de “subjetividad neoliberal” descrito por Dardot y Laval (2016) y reflexionamos sobre cómo la precariedad de la Salud Pública puede generar diversas implicaciones para los profesionales del área, entre ellas, el impedimento para actuar discutido por Clot (2010) y lo que Seligmann-Silva (2011) denomina de desgaste mental de los trabajadores.

Dardot y Laval (2016) afirman que el neoliberalismo transforma la subjetividad de los individuos, llevándolos a verse como mercancías, las cuales deben encajarse en la lógica del mercado. Esta visión de mundo pone énfasis en la responsabilidad individual, sin tener en cuenta los factores sociales y estructurales que configuran las oportunidades y las desigualdades sociales. Sus repercusiones negativas afectan a los trabajadores, su identidad como servidor público,

su relación y su compromiso laboral, inclusive en los espacios fuera del trabajo, bien como su salud física y mental.

Como explican Thébaud-Mony y Druck (2007), la flexibilización y la precariedad se consideran elementos centrales de las políticas neoliberales de dominación social, que tienen como propósito aumentar la “productividad” y reducir costos. Además de los prejuicios para la calidad de los servicios ofrecidos a la población, esta lógica, ampliamente presente en la salud pública tanto en Colombia como en Brasil, genera inseguridad, incertidumbre, sometimiento, fragilidad, inestabilidad y competencia entre los trabajadores, contribuyendo al desgaste de su salud física y mental.

Seligmann-Silva (2011) explica que ese concepto debe ser considerado como una visión integradora de los elementos ambientales, psicosociales e intrapsíquicos involucrados en los contextos de trabajo, en las relaciones de poder y en los impactos mentales, que llegan a alcanzar dinámicamente las dimensiones cognitivas y afectivas (sentimientos y emociones). La autora sostiene que, además del cuerpo, los “potenciales psíquicos” del trabajador también pueden ser consumidos por el proceso de trabajo, *“bajo la noción de potenciales psíquicos, podemos considerar todos los potenciales relacionados con la inteligencia y los sentimientos – que generalmente se efectúan de forma interactiva”* (p. 136).

Podemos considerar que existe una relación directa entre el impedimento de actuar de los trabajadores, tal como lo describe Clot (2010), con el proceso de desgaste de la salud de los trabajadores. El autor señala que, muchas veces, los trabajadores se ven impedidos de actuar plenamente por diversas situaciones, como la falta de recursos adecuados, el exceso de burocracia y la falta de autonomía en la toma de decisiones, lo que termina limitando su capacidad para desarrollar sus actividades de manera satisfactoria. Ese impedimento para actuar puede conllevar al desgaste mental, físico y emocional, ya que los trabajadores no son capaces de realizar sus funciones correctamente.

Esos procesos de desgaste mental afectan de forma profunda a los profesionales de la salud que actúan en la atención primaria y esto puede evidenciarse en las narrativas de los entrevistados sobre sus vivencias laborales. El siguiente relato de un trabajador efectivo que se desempeñó en el área administrativa por más de 30 años – y quien fue parte de los despidos masivos de servidores públicos en el marco de la privatización de una institución pública – presenta un análisis crítico del sistema colombiano:

“El modelo [de salud colombiano] es un modelo hecho para el negocio. El modelo del sistema no está suelto, viene junto con esa flexibilización laboral. Por eso, al trabajador del sector salud le bajaron sus ingresos, le aumentaron los horarios, se perdieron sus garantías [...] El trabajador de salud fue convertido en un apéndice del negocio, en el que tuvo más carga de trabajo, menos salario, menores prestaciones, su calidad de vida se fue al carajo.”

La narrativa del participante indica como la lógica neoliberal limita el poder de actuar de los trabajadores (Clot, 2008) y, por consiguiente, afecta de forma negativa su salud mental. Esa situación puede concebirse como una expresión de lo que Seligmann-Silva (2011) califica como ‘desgaste mental’. En dicho proceso, la identidad es afectada en la medida que el trabajo, al menoscabar los valores y las creencias, puede herir la dignidad, el carácter y la esperanza de las personas, promoviendo sufrimiento y la sensación de desvinculación social. De este modo, el sofoco ético y la degradación de los valores relacionados con la precariedad del trabajo pueden consumir paulatinamente el potencial psíquico de los trabajadores (Seligmann-Silva, 2011). En ese sentido, uno de los pocos médicos concursados en Colombia manifiesta su versión sobre las transformaciones vividas en el sector público:

"Lo que sucedió en Colombia es único. No es exageración. Es único. Es tan contradictorio todo... Todo lo que usted sepa [del sistema de salud] en este país es psicotizante... ¡Pocas personas nos sentamos a hablar así y sufrimos por eso!"

Es interesante notar que el desgaste mental no es solo experimentado por los profesionales tercerizados con contratos de corta duración y alta inestabilidad. La investigación de Bernardo et al. (2013), que comparó las vivencias de profesionales de la salud con diferentes contratos laborales en el contexto brasilero, mostró que los servidores públicos también experimentan frágiles condiciones de trabajo y se encuentran con una realidad que provoca desgaste en su salud. Los trabajadores públicos concursados (que todavía son la mayoría en la atención primaria de Campinas), aun teniendo estabilidad y mejores salarios, manifiestan su sufrimiento por no poder responder adecuadamente a las demandas de la población y por percibir claramente los límites de su desempeño, en una coyuntura marcada intensamente por la sobrecarga de trabajo. De esta forma, según aseveran Bernardo et al. (2013), tercerizados y concursados, cada uno a su manera, sufren con las realidades impuestas por la ideología neoliberal.

El relato de un enfermero concursado evidencia cómo esa dimensión de la sobrecarga está directamente relacionada con su desgaste mental y con la limitación de sus acciones (Clot, 2008), evidenciando como la carga excesiva de trabajo genera sufrimiento tanto por la sobrecarga en sí, como por la percepción de no poder atender a las demandas de la población de manera apropiada:

“Cuando uno no consigue hacer nada respecto a la situación, termina enfermándose, esa es la principal causa de estrés: A veces, ni siquiera es necesariamente la sobrecarga, sino que uno sufre por no poder hacer lo que debería hacer, ¿entiendes? [...] Eso, ¡uf! Genera una insatisfacción, una tristeza, una sensación de deber no cumplido... A pesar de que estás ahí, atendiendo, hay un montón de gente con la salud deteriorada, que también necesitaría atención, y eso realmente genera mucha insatisfacción.” (Traducido del portugués).

Una psicóloga brasilera también, en conformidad con Clot (2008), hace una clara asociación entre el desgaste mental y la

ausencia del “poder de actuar”, refiriéndose al impedimento de un trabajador o de un equipo de trabajadores para enfrentar y resolver problemas en el lugar de trabajo de forma autónoma, independiente e valorizada:

“Entonces, creo que hay algo de ese desgaste, de no poder trabajar bien... de no ver resultados en tu trabajo por la sobrecarga... Es decir, de no sentirte valorado... De sentir que no das abasto, que siempre haces, pero no lo logras.” (Traducido del portugués).

Es posible observar que la perspectiva crítica a la realidad genera en el profesional un sentimiento de impotencia, rebeldía y tristeza. En compañía de Dardot y Laval (2016), se puede decir que los efectos de las metamorfosis en las relaciones sociales y laborales están intensamente ligados a la demanda de una nueva subjetividad, que valora el individualismo y la alienación en detrimento de la solidaridad colectiva y de la responsabilidad social. Comprendemos que los entrevistados, al no ajustarse a esa condición descrita por los autores, es decir, debido a su arraigado compromiso ético político, sienten más intensamente la pérdida de su capacidad de actuar y un subsecuente desgaste mental. En relación con ese aspecto, una enfermera concursada y jubilada, se posiciona expresando su inconformidad, angustia y tristeza por los intensos cambios en el sector público:

“Después de haber fabricado durante muchos años un sentido de pertenencia por la institución, de un momento a otro se iba acabar. Cuando escuchábamos a los mismos pacientes hablar sobre la caída del seguro social, nos sentíamos muy mal, había mucha tristeza... los elementos de trabajo empezaron a escasear. Entonces, comenzamos a trabajar con las uñas... Nos daba mucha tristeza con los mismos pacientes.”

Desde la perspectiva de la clínica de la actividad de Clot (2008), la percepción del trabajador sobre su actividad se entiende como un proceso activo de construcción de significados, influenciado por las condiciones objetivas de trabajo y por sus experiencias subjetivas. De esta forma, también, es posible afirmar que la falta de estabilidad y confianza en

el trabajo, la competitividad y la incisiva cobranza por resultados desencadenan sentimientos de aislamiento, cansancio, individualismo, fragilidad en las relaciones sociales, ansiedad y desilusión con la actividad profesional. Los relatos de los entrevistados revelan que la situación laboral permeada por la lógica neoliberal genera un sentimiento de deshumanización y despersonalización en los trabajadores con repercusiones en su salud mental, en su ética profesional y en su subjetividad. A pesar de ser desafiante, para el fortalecimiento de la salud pública en los países latinoamericanos es necesario romper con esta lógica económica que, como Dardot y Laval (2016) sostienen, transforma en mercancías la subjetividad, los derechos y la existencia de las personas.

### **Las relaciones entre trabajadores y usuarios en la Atención primaria: el impedimento de la calidad de la actividad**

Dado que la relación entre el profesional de salud y el usuario del servicio es un elemento primordial para la calidad del cuidado en salud, principalmente, en la atención primaria (Merhy, 2013), esa relación no debe ser vista solo en sus aspectos técnicos, sino como una relación interpersonal, que involucra afectos, emociones y subjetividades. Sin embargo, en una realidad de trabajo en que la cuantificación de los procedimientos es más importante que mantener la integralidad de la salud de los usuarios del servicio y, en la que además prima la precariedad de los propios trabajadores de la salud, este vínculo llega a degradarse notablemente e inclusive su constitución puede, conforme defiende Clot (2015), llegar a ser inviable.

En su libro *Le travail à coeur*, Clot analiza varias situaciones en las que los trabajadores se ven impedidos de realizar su actividad con la calidad que consideran debe tener, entre ellas, se destaca una situación que aquí nos interesa especialmente. Se trata de la experiencia de los empleados de la empresa Francesa de Correos

(“La Poste”) en una capacitación posterior a una reestructuración de dicha empresa. Una trabajadora es amonestada por intentar “ponerse en el lugar del usuario” durante la atención, diciéndole que asuma una posición más “profesional” hacia él, lo que significa que debe verlo como un cliente a quien venderle productos – como, por ejemplo, ofrecer una caja de correos en lugar de elogiar el paquete que ya trae preparado el usuario.

En el contexto discutido en este artículo, observamos que un sentimiento similar aparece entre los trabajadores de la atención primaria entrevistados, tanto en Campinas como en Bucaramanga. Si bien en esta última, como explican Garrido-Pinzón y Bernardo (2017), la lógica neoliberal fue adoptada en el sistema de salud de manera más contundente y mucho antes que en Brasil, la vivencia del impedimento para realizar un trabajo bien hecho es relatada por diversos trabajadores de ambos países.

Algunos entrevistados colombianos que vivieron la transición al nuevo modelo reflexionaron específicamente sobre los cambios en los equipos de profesionales y la relación entre ellos y los usuarios, tal y como se aprecia en el siguiente trecho:

“Eran otros tiempos... Antes de la Ley 100<sup>3</sup>, yo hacía consulta en un centro de salud muy parecido a este y después de la consulta nos íbamos, el odontólogo, la especialista, la jefe, dos promotoras, porque había promotoras de salud en esa época... Y nos íbamos a las comunidades a hacer consulta. Obviamente, ¡eso sí era una buena consulta! Teníamos recursos para desplazarnos y la comunidad, naturalmente, entraba en empatía con el personal de salud, compartíamos con ellos... ¡entrábamos a la comunidad!”

Otros factores relacionados a las precarias condiciones de trabajo comprometen el vínculo profesional-población, tales como: el intenso ritmo de trabajo y, por tanto, la rápida secuencia de consultas que reduce el tiempo dedicado a la atención de cada paciente; la alta rotación de profesionales, debido a los bajos salarios y a la inestabilidad laboral; la ejecución de diversas actividades administrativas que, a su

vez, minimizan el objetivo clínico. Esta realidad disuade el vínculo esencial entre profesionales y usuarios (Merhy, 2013), impidiendo acciones de prevención de enfermedades y promoción de la salud que, comúnmente, se dan a través del involucramiento subjetivo existente en la relación profesional-usuario.

Incluso una trabajadora que ejerce funciones de evaluación de los servicios de salud en el área financiera es consciente de la importancia de esta relación profesional-usuario y resalta con vehemencia la preocupación ante su deterioro:

“Es un sistema [de salud] que deshumaniza porque se ha perdido de vista la esencia, y la esencia nuestra, como institución prestadora del servicio de salud, siempre es el ser humano, el paciente, su salud [...] Ese contrato verbal que hay entre paciente y médico se perdió, esa relación interpersonal entre paciente y profesional de la salud, eso se perdió...”

En el caso de Campinas, aunque no hubo una transición formal de modelo, se observa un aumento de las dificultades en la relación profesional-usuario en la atención primaria. Los trabajadores denuncian la falta de inversión en el sector público de la salud y la adopción de un modelo que también prioriza aspectos cuantitativos, en conformidad con lo afirmado por Campos (2007). La siguiente declaración de una médica que trabaja en el SUS desde su implantación muestra su sentimiento frente al impedimento para el ejercicio de sus funciones en este contexto:

"Ha sido muy difícil... Hemos perdido la capacidad de mirar al paciente, de preguntarle cómo está, de entender el significado de lo que nos dice y de darle una respuesta que sea satisfactoria desde el punto de vista del mantenimiento de la salud. Ya no hemos logrado hacer eso. Tenemos que llenar una casillita marcando 'sí' o 'no', y eso es muy malo." (Traducido del portugués).

Además, el hecho de que el número de profesionales sea muy inferior al necesario constituye otro agravante para el establecimiento de una buena relación entre los profesionales de la salud y la población atendida. Los efectos

de la sobrecarga sobre la calidad de la actividad son mencionados por un médico brasileiro al describir su trabajo, en consonancia directa con las afirmaciones de Clot (2015):

"A uno le gustaría hacer un buen trabajo [...] Hacer un trabajo chévere, quedar satisfecho con lo que hace, saber que está haciendo un buen seguimiento de las personas, que está previniendo enfermedades, que está cuidando bien, y todo eso. [Pero] al llegar allí, se da cuenta de que tiene ocho mil personas a su cargo, que la agenda es una locura y que va a ver al paciente una vez cada dos años..." (Traducido del portugués).

En ese contexto, ni siquiera es posible realizar un seguimiento clínico tradicional de forma aceptable, como narra el mismo médico, destacando el vínculo profesional-usuario necesario para el trabajo en la atención primaria, conforme señalado por Mehry (2013):

"Uno de los problemas de la Atención Básica es el vínculo [...]. Si yo tengo un vínculo con doña María, la veo cada mes aquí [en la unidad de salud] y no resuelvo su problema, ¡sufro con ella! En urgencias, uno hace lo máximo posible [en una sola atención] y listo. En general, no vuelves a ver al paciente. [...] En la Atención Básica, eso no pasa." (Traducido del portugués).

Otro médico colombiano destaca algo parecido:

"Nosotros tenemos metas que cumplir. Por ejemplo, a mí lo que me dicen es: esos 500 niños [bajo su responsabilidad], todos tienen que ir a consulta y ¿quién escoge la consulta? es en el orden en que llegan ellos, es la población la que va al puesto de salud o es la persona de archivo que le puede mandar a un médico o a otro médico [y] me dicen: a este usuario no lo atienda tantas veces. Entonces son muchas cosas que lo detienen a uno, que le quitan la autoridad... ¿Y si yo no tengo autoridad en algo? ¿Cómo hago para ser responsable de lo que sucede?"

En el discurso de estos profesionales se aprecia notoriamente el sentimiento de impedimento para la ejecución de sus acciones en la atención primaria de la población. Los colectivos de trabajo que, en el caso de la atención primaria,

deberían estar representados por equipos multidisciplinares (Almeida, 2015), también se ven claramente fragilizados por la adopción de sistemas de evaluación individualizados, pautados en la cuantificación de procedimientos.

De esta manera, la entrada de la lógica de mercado en la práctica de la atención a la salud parece colaborar fuertemente al menoscabo del vínculo profesional-usuario, además de socavar la calidad de la atención y modificar el “ethos de la práctica clínica” (De Santiago, 1998). En consecuencia, estas condiciones en particular producen distorsiones en la concepción de roles, modificando la noción de paciente/usuario a “consumidor” o “cliente” y al servicio público, representado en el profesional de la salud, a “mercancía” y/o “vendedor”, como destacan Ochoa y Blanch (2016).

En síntesis, se percibe que tanto en el contexto colombiano de Bucaramanga, donde hay una adopción explícita del modelo mercantilista, como en Campinas, Brasil, en el que los principios neoliberales entran de manera velada, el resultado final es muy similar, quizás con alguna diferencia en el grado – el impedimento de la calidad de la actividad.

Lo que se observa con respecto a los trabajadores de la atención primaria de los dos países, es que no asumen la lógica neoliberal en su práctica y sufren por ello. La mayoría de los trabajadores entrevistados tienen claro que esa interacción, basada más en valores contractuales que en el principio de la ética profesional, es un impedimento a su poder de actuar y a la calidad de la actividad realizada. Si esta falta de posibilidad de establecer un vínculo tiene como resultado el sufrimiento de los trabajadores de manera individual y la fragilización del colectivo de trabajo, Merhy (2013) nos recuerda que también generan una distorsión de los principios de la atención primaria en salud. Para el autor, la ausencia de un vínculo dificulta la identificación de las necesidades y particularidades de cada persona, lo que puede llevar a una atención estandarizada e ineficaz.

## Consideraciones finales

El objetivo principal del artículo fue discutir las consecuencias del desgaste mental y de los desafíos para actuar de los trabajadores de la atención primaria en salud en la calidad de los servicios ofrecidos a la población, reconociendo que el involucramiento subjetivo de los profesionales de ese nivel de atención en los sistemas de salud es esencial para el fortalecimiento de las políticas públicas.

La literatura consultada y las declaraciones de los participantes obtenidas en dos momentos diferentes posibilitaron verificar que las repercusiones de la lógica neoliberal en la subjetividad y en la salud mental de sus trabajadores son bastante semejantes. Con las reflexiones instigadas intentamos poner de manifiesto la importancia que posee la atención a los trabajadores, situando en primer plano el mejoramiento de sus actuales realidades laborales, la valoración de sus saberes y el respaldo de condiciones para el pleno desarrollo de sus actividades, con calidad y compromiso con los intereses de la población. Consideramos que favorecer la mejora de las situaciones de trabajo es algo muy desafiante frente a la lógica de la ideología neoliberal presente en la salud pública; a pesar de ello, creemos que es primordial mantener esto presente cuando se desean servicios públicos de calidad.

En vista de las importantes dificultades surgidas a raíz de la pandemia de Covid-19 y del historial de negligencia en la atención sanitaria de la población, el propósito a seguir es reducir los efectos nocivos causados y colocar la atención primaria en salud como elemento central de sus sistemas, mediante la adopción de posturas diferentes en cuanto a la gestión pública y de la implementación de directrices que fomenten la atención primaria en los distintos países, buscando la protección de una atención sanitaria más equitativa, accesible y de calidad para todos los ciudadanos.

Para que esto suceda y la atención primaria pueda cumplir su papel de prevenir enfermedades, promover la salud y ofrecer tratamientos de menor complejidad, es

fundamental que la gestión pública reflexione de manera conjunta – en sus diferentes niveles nacional, regional y local – sobre políticas públicas que, entre otros elementos, ofrezcan la posibilidad a los trabajadores del área de desenvolver un enfoque de atención integral y humanizado para el cuidado en salud, lo cual implica la escucha activa, la acogida y el involucramiento subjetivo con la población del territorio.

Por fin, cabe señalar que es imperativo que la sociedad comprenda plenamente el valor estratégico de invertir en mejores condiciones laborales en la atención primaria y esté comprometida a defender y exigir su desarrollo continuo, con la intención de reducir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, promoviendo la inclusión social y la ciudadanía y, consecuentemente, preservando la salud mental de los profesionales de la salud. De esa forma, la inversión en este ámbito es indispensable para mejorar la calidad de vida de la población y construir sistemas de salud más justos, eficientes y acordes a nuestras necesidades actuales.

## Referencias

- Almeida, P. F. (2015). Atención primaria de salud en un sistema universal: el caso de Brasil. In: L. Giovanella. (Org.), *Atención Primaria de Salud en Suramérica* (pp. 155-194). Rio de Janeiro: ISAGS. [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro\\_atencao\\_primaria\\_de\\_saude\\_2015\\_esp-2-1.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2019/07/livro_atencao_primaria_de_saude_2015_esp-2-1.pdf)
- Bernardo, M. H., Verde, F. F., & Garrido-Pinzón, J. (2013). Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 16(1), 119-133. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v16i1p119-133>
- Borges, F. T., Moimaz, S. A. S., Siqueira, C. E., & Garbin, C. A. S. (2012). *Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: O papel das organizações sociais de saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica.
- República Federativa do Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Publicada no Diário Oficial da União em 5 de outubro de 1988. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- Presidência da República do Brasil (1990). *Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.htm)
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1865-1874. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>
- Colegio Médico Colombiano. (2019). *Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud*. *Epicrisis*, 12. Recuperado de <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/09/epicrisis.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2015). *Ley 1751 de 2015, de 16 de febrero de 2015*. Por la cual se regula el derecho fundamental a la Salud. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>
- Clot, Y. (2008). *Trabalho e poder de agir*. São Paulo: FABREFACTUM.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à cœur: pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La
- Dardot, P., & Laval, C. (2016). *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Editora Boitempo. [https://wp.ufpel.edu.br/ppgs/files/2019/11/Christian-Laval\\_-Pierre-Dardot-A-Nova-Razao-do-Mundo\\_-Ensaio-Sobre-a-Sociedade-Neoliberal-Colecao-Estado-de-Sitio-Boitempo-2016.pdf](https://wp.ufpel.edu.br/ppgs/files/2019/11/Christian-Laval_-Pierre-Dardot-A-Nova-Razao-do-Mundo_-Ensaio-Sobre-a-Sociedade-Neoliberal-Colecao-Estado-de-Sitio-Boitempo-2016.pdf)
- De Santiago, M. (1998). La crisis de la conciencia médica en nuestro tiempo. *Cadernos de Bioética*, 4, 665-678. <https://aebioetica.org/revistas/1998/4/36/665.pdf>
- Garrido-Pinzón, J., & Bernardo, M. H. (2017). Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. *Revista Cadernos de Saúde Pública*, 33(9), 1-11.

- Garrido-Pinzón, H. J. (2016). *Vivências de trabalhadores da saúde frente à lógica capitalista: um estudo da Atenção Básica na Colômbia e no Brasil* (Tese de doutorado) Pontifícia Universidade Católica de Campinas
- Hammersley, M., & Atkinson, P. (1994). *Etnografía: Métodos de Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 991-1001. <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/1672/3333>
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2010). Neoliberalismo y salud. El engaño del Banco Mundial y el FMI. *Revista Viento Sur*, 109, 83-88. [https://cdn.vientosur.info/VScompletos/VS109\\_Neolibysalud\\_HemedesyUgalde.pdf](https://cdn.vientosur.info/VScompletos/VS109_Neolibysalud_HemedesyUgalde.pdf)
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2013). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In T. B. Franco, E. E. Merhy (Org.), *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Navarro, V., & Berman, D. M. (2019). *Health and work under capitalism: An international perspective*. New York: Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315224459>
- Ochoa, P. J., & Blanch, J. M. (2016). Work, malaise and wellbeing in Spanish and Latin American doctors. *Revista de Saúde Pública*, 50(21), 1-14. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005600>
- Paim, J. S. (2015). Coleção temas em saúde interativa. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>
- Pereira, L. D. (2004). A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(2), 363-382. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200010>
- Procuraduría General de la Nación. (2020). *Circular N° 007*. Bogotá. Recuperado de <https://www.periodismoinvestigativo.com.co/wp-content/uploads/2021/01/Circular-007-trabajadores-salud-revisada-DJGA-10-12-2020.pdf>
- Reis, C. R., & Paim, J. S. (2021). A Reforma Sanitária Brasileira durante os governos Dilma: uma análise da conjuntura. *Saúde debate*, 45(130), 563-574. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113001>
- Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: O direito de ser dono de se mesmo*. São Paulo: Editora UFRJ/Cortez.
- Solano, C. B. (2019). Welfare regimes in Latin America: Thirty years of social reforms and conflicting paradigms. In G., Cruz-Martínez. (Ed.), *Welfare and Social Protection in Contemporary Latin America* (pp. 29-58). Oviedo: Universidad de Oviedo. <https://doi.org/10.4324/9780429471087>
- Souza, H. A., & Bernardo, M. H. (2019). Work-related mental illness prevention: the praxis of Brazilian public health system professionals committed to the worker's health. *Revista Brasileira Saúde Ocupacional*, 4, e26. <https://doi.org/10.1590/2317-636900001918>
- Thébaud-Mony, A., & Druck, G. (2007). Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In M. G., Druck & T., Franco. (Orgs.), *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização* (pp. 23-58). São Paulo: Boitempo.

## Notas

- \* Artículo de revisión.
- 1 La implementación del modelo neoliberal en los países latinoamericanos fue propiciada principalmente por la crisis de la deuda externa, a comienzos de la década de 1980, que obligó a los países de esa región a solicitar préstamos a organismos internacionales de crédito, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, quienes exigieron, a cambio, llevar a cabo reformas estructurales del mercado:

privatización de los servicios estatales, desregulación de los mercados, reducción del gasto público, apertura comercial y financiera y flexibilización del mercado laboral.

- 2 El sistema de salud colombiano se divide en dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El primero de ellos está dirigido a personas que tienen la capacidad financiera de pagar por un plan de salud: trabajadores formales, independientes, los jubilados y sus familias. Dicho grupo debe afiliarse obligatoriamente al sistema mediante contribuciones mensuales, lo que no los exime de tener que pagar cuotas adicionales cuando buscan atención ambulatoria (consultas, medicamentos y exámenes). Por otra parte, el régimen subsidiado está diseñado para personas de bajos ingresos, quienes no tienen la capacidad financiera para pagar por un plan de salud. Este régimen es financiado por el gobierno y ofrece servicios de salud gratuitos o a bajo costo para los beneficiarios.
- 3 Ley colombiana que estableció los pilares para la creación del Sistema General de Seguridad Social Integral, creado por la Constitución y reglamentado en 1993 por la Ley nº 100.