

# Precarización del vínculo laboral del médico en Paraíba: reflejos éticos

Bruno Leandro de Souza<sup>1</sup>, Thiago Guimarães Pereira Souza<sup>2</sup>, Caio Chaves de Holanda Limeira<sup>3</sup>, Heloisa Calegari Borges<sup>3</sup>, Naraiana Chaves Pereira<sup>3</sup>

1. Faculdade de Medicina do Porto, Porto, Portugal. 2. Faculdades Nova Esperança, João Pessoa/PB, Brasil. 3. Universidade Potiguar, Natal/RN, Brasil.

## Resumen

En Brasil existe una precariedad creciente de los servicios públicos, así como del trabajo médico. En Paraíba hay una forma contractual peculiar llamada “codificación”, un vínculo inconstitucional establecido sin un contrato firmado en el que el médico recibe para la producción sin garantía de derechos. Este artículo propone discutir la precariedad del trabajo del médico en el estado de Paraíba mediante la codificación y sus implicaciones bioéticas. Este es un estudio transversal con análisis de datos del portal de transparencia del Tribunal de Cuentas del Estado sobre detalles de médicos codificados. De los 1.474 médicos que trabajan en la red de salud del estado, 716 (48,6%) son reclutados públicamente y 758 (51,4%) están codificados. Fue significativo que el 55,8% son hombres ( $p=0,001>$ ) y el 67,1% trabaja en la Zona da Mata Paraibana ( $p=0,021$ ). Más de un tercio están codificados como clínicos. Se concluye que la codificación es una forma ilegal de contratación y que el rescate del valor social del médico y la dignidad humana es esencial para que no haya interferencia en la estabilidad de estos trabajadores y en la formación de vínculos con los usuarios.

**Palabras clave:** Empleo. Médicos. Trabajo.

## Resumo

### Precarização do vínculo de trabalho do médico na Paraíba: reflexos éticos

Observa-se no Brasil uma crescente precarização dos serviços públicos e do trabalho médico. Na Paraíba, há uma forma peculiar de contratação, denominada “codificação”. Trata-se de um vínculo inconstitucional, estabelecido sem assinatura de contrato, por meio do qual o médico recebe por produção e sem garantia de direitos. O objetivo do presente artigo é discutir a precarização do trabalho médico no estado da Paraíba por meio da codificação e suas implicações bioéticas. O texto traz resultados de análise de dados disponíveis no Portal da Transparência do Tribunal de Contas do Estado. Os dados revelam que, no momento da pesquisa, 1.474 médicos trabalhavam na rede estadual de saúde, sendo 716 (48,6%) concursados e 758 (51,4%) codificados. Dentre os codificados, 55,8% são homens ( $p=0,001$ ), 67,1% trabalham na Zona da Mata Paraibana ( $p=0,021$ ), e mais de um terço presta serviços para o estado como clínicos. Conclui-se que a codificação é uma forma ilegal de contratação, e que é preciso resgatar o valor social do médico e a dignidade humana, para que a estabilidade desses trabalhadores e a formação de vínculo com os usuários não sejam prejudicadas.

**Palavras-chave:** Emprego. Médicos. Trabalho.

## Abstract

### Precariousness of medical work in Paraíba: ethical impacts

Brazil faces an increasing precariousness in public services, as well as in medical work. Paraíba has a peculiar contracting modality called “codification”, an unconstitutional employment relationship established without a signed contract, in which the physicians is paid for service provision without guarantee of labor rights. This article discusses the precariousness of medical work in the State of Paraíba by examining the codification system and its bioethical implications. This is a cross-sectional study with data from the transparency portal of the State Court of Accounts on codified physicians. Results show that 1,474 physicians work in the state health care system, 716 (48.6%) of whom were hired through public entrance examinations and 758 (51.4%) by codification. Significantly, 55.8% of codified physicians are men ( $p = 0.001$ ) and 67.1% work in Paraíba’s Zona da Mata region ( $p = 0.021$ ). More than a third is registered as clinicians. Recognizing the social value of the physician is essential to prevent negative impacts on job stability and on the formation of bonds between workers and users. We must re-establish human dignity in this context.

**Keywords:** Employment. Physicians. Work.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Según la Declaración de Derechos Humanos de 1948, en el artículo 25, todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que garantice la salud y el bienestar para él y su familia, incluidos alimentos, vestimenta, vivienda, atención médica y servicios sociales indispensables<sup>1</sup>. El derecho a la salud, de manera amplia, abarca no solo la atención en hospitales o unidades básicas, sino también la calidad de vida asociada a otros derechos básicos, como la educación y el saneamiento básico, con acciones preventivas. La salud, por lo tanto, está vinculada al derecho de todo ser humano a una vida digna.

La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tienen como objetivo reducir el riesgo de enfermedades y otros agravios y garantizar el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para promover, proteger y recuperar la salud (art. 196 de la Constitución Federal de Brasil)<sup>2</sup>. Así pues, les corresponde a las autoridades públicas, de conformidad con la ley, regular, supervisar y controlar estas acciones y servicios, ya sea directamente o por terceros, por persona física o jurídica de derecho privado (art. 197 de la Constitución)<sup>2</sup>.

La política de salud en Brasil es un reflejo de los procesos históricos, sociales, económicos y políticos. La comprensión de estos procesos es fundamental para comprender el Sistema Único de Salud (SUS). El sistema brasileño, aunque único, integra una red regionalizada y jerarquizada que tiene como directrices: la descentralización, con una dirección única en cada esfera de gobierno; la atención integral, con prioridad a las actividades preventivas, sin perjuicio de los servicios de atención; y la participación comunitaria (art. 198 de la Constitución)<sup>2</sup>.

Sin embargo, a pesar del ideal de excelencia, en la práctica, la prestación de servicios a la comunidad todavía está muy por debajo de las expectativas y necesidades de la población brasileña. El derecho universal e igualitario a la salud siempre ha estado en riesgo debido a la falta de financiación<sup>3</sup>. La precariedad de los servicios públicos se presenta en varias formas: grandes brechas de atención, deficiencia de infraestructura, falta de insumos y equipos, tercerización de mano de obra, problemas de gestión y manejo de procesos, insuficiencia de licitaciones

públicas, déficit de personal e inestabilidad en los vínculos laborales<sup>3</sup>.

Es importante destacar, entre estos diversos aspectos del desguace de los servicios públicos, la precariedad de los vínculos laborales en el área de la salud. Según Sousa y colaboradores<sup>4</sup>, el estudio de los sistemas de remuneración y contratación del trabajo médico es importante para la formulación de políticas públicas en el sector de la salud. De hecho, la opción por uno u otro método de contratación y pago de médicos –ya sea a través del trabajo asalariado o la contratación/acreditación con remuneración por procedimiento, o mediante la combinación de estos dos métodos– es estratégica para la gestión de los sistemas de salud. Esta elección tiene un impacto directo en la calidad de los servicios prestados a la población y en el grado de universalidad y equidad del acceso<sup>3</sup>.

En las últimas décadas, el médico, importante agente del SUS, tuvo que adaptarse al nuevo orden, acogiendo estructuralmente las dinámicas de organización y funcionamiento del prestador de servicios, sometiéndose a las mismas condiciones que los demás trabajadores del sistema capitalista moderno: inestabilidad, ritmo intenso, jornada laboral prolongada, reducción de la remuneración y pérdida del control de la actividad<sup>3</sup>.

Para la legislación brasileña, el trabajo realizado de manera temporal u ocasional, aunque sea subordinado, no garantiza a su ejecutor los beneficios derivados de la relación laboral, tanto es así que el artículo 3.º de la Consolidación de las Leyes de Trabajo (CLT) establece que es solo empleado el que presta servicios de carácter no eventual<sup>5</sup>. La relación laboral es una relación cualificada, en la que existe un vínculo jurídico. Para configurarla, deben estar presentes, acumulativamente: el trabajo realizado por una persona física, personalmente, oneroso, habitual o no eventual y subordinado<sup>6</sup>. Sin ninguno de estos requisitos, uno deja de tener una relación laboral y empieza a prestar un servicio. Por tanto, la relación laboral sería un género del que la relación laboral es una especie<sup>6</sup>.

La vinculación formal de los médicos con las organizaciones de salud, especialmente las organizaciones hospitalarias, adopta diversas formas en diferentes países. Existe desde la integración vertical –condición de persona física, asalariada, contratada directamente por el hospital por

tiempo indefinido- hasta la condición de autónomo, eventual prestador de servicios bajo contratos específicos, pasando también por formas intermedias, más o menos “sueltas”, de vinculación de los médicos como personas físicas o jurídicas, bajo contratos más o menos largos, con o sin exclusividad<sup>3</sup>.

Ha sido una práctica común en hospitales y clínicas tergiversar dos elementos que configuran la relación laboral -la personalidad y la subordinación- mediante la contratación del médico como persona jurídica (un expediente conocido en la doctrina laboral como “pejotización”). Este requisito de contratar al empleado a través de una entidad jurídica individual o como proveedor de servicios tiene por objeto camuflar la relación laboral existente.

Los profesionales contratados en esta modalidad enfrentan grandes dificultades de sindicalización y unión para reclamar derechos y evitar posibles abusos por parte de los contratistas. Esta modalidad de contratación, en la forma en que se ha implementado, caracteriza otra forma de precariedad de la actividad médica, ya que se trata de empresas ficticias, operadas únicamente con el fin de eludir el contrato de trabajo<sup>7</sup>.

Otra forma inadecuada de trabajo médico, con respecto al criterio de onerosidad, es la contratación a través de cooperativas. El cooperativismo es un distribuidor eficiente y justo de ingresos, ya que elimina la intermediación, proporciona autonomía laboral y da más seguridad al trabajador asociado. Sin embargo, en la realidad laboral de los médicos, existen situaciones de fraude: incumplimiento de los principios que rigen el cooperativismo, ausencia de características esenciales que deberían cubrir la cooperativa legítima y, finalmente, la presencia de elementos que configuran una relación laboral<sup>8</sup>.

Es relevante destacar aquí, antes de detallar el caso de Paraíba, el artículo 37 de la Constitución de la República Federativa del Brasil, que es muy claro al afirmar que *la administración pública directa e indirecta de cualquiera de los Poderes de la Unión, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios debe cumplir con los principios de legalidad, impersonalidad, moralidad, publicidad y eficiencia*<sup>2</sup>. También debe aclararse, de acuerdo con el párrafo II del mismo artículo, que *la investidura en un cargo o empleo público depende de la*

*aprobación previa en examen público de pruebas o pruebas y títulos, según la naturaleza y complejidad del cargo o empleo, en la forma prevista en la ley, con excepción de los nombramientos para un cargo de comisión declarado en la ley de libre nombramiento y remoción*<sup>2</sup>.

Por lo tanto, la contratación de servicios públicos, según lo previsto en la Carta Magna, debe realizarse mediante licitación pública o proceso de selección. Las excepciones previstas en el inciso IX del artículo 37 son la contratación por un tiempo fijo -hipótesis en la que la Ley 8.745/1993<sup>9</sup> establece los casos permitidos de contratación para satisfacer la necesidad temporal de interés público excepcional- y los cargos de comisión, de libre nombramiento y remoción. En este sentido, el Tribunal Superior del Trabajo ya ha decidido que *la contratación de servidores públicos, después de la CF/88, sin aprobación previa en licitación pública, encuentra obstáculo en el respectivo art. 37, II y § 2º, solo otorgando el derecho al pago de la contraprestación acordada, en relación con el número de horas trabajadas, respetándose el valor de la hora del salario mínimo, y los montos referidos a los depósitos del FGTS*<sup>10</sup>.

En el estado de Paraíba, se creó una modalidad no prevista en la legislación brasileña con el organismo público. Esta modalidad se denominó “codificación”.

## Regionalización en el estado de Paraíba

El estado de Paraíba tiene aproximadamente 56.470 km<sup>2</sup> de extensión y una población de 3,996 millones de habitantes, según estimaciones de 2018 del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE)<sup>11</sup>. Datos del Consejo Regional de Medicina de Paraíba (CRM-PB) indican que había en el estado, en mayo de 2019, 7.984 profesionales registrados y calificados para la actividad médica. Por lo tanto, la proporción de médicos por habitante es de 2 a 1.000, es decir, el doble del mínimo establecido por la Organización Mundial de la Salud<sup>12</sup>.

Paraíba está dividida administrativamente en cuatro mesorregiones -Zona da Mata Paraibana, Borborema, Agreste y Sertão Paraibano-, distintas entre sí en relación a características sociodemográficas y problemas de salud. Esta división facilita

la planificación de los servicios de atención primaria, psicosocial, especializada y hospitalaria, de urgencia y emergencia y de vigilancia de la salud, acciones y servicios que forman parte de las líneas de atención del SUS. La toma de decisiones en salud puede ser más asertiva con un amplio conocimiento de la realidad regional<sup>13</sup>.

El Plan Estatal de Salud (2016-2019), aprobado por el Consejo Estadual de Salud, expone las desigualdades de las mesorregiones. Hay una concentración de médicos y la oferta de servicios especialmente en la Zona da Mata Paraibana, donde se encuentra la capital del estado. Según datos de CRM-PB, el 52% del total de médicos inscritos en Paraíba trabaja en la región metropolitana de João Pessoa<sup>13</sup>.

### “Codificación” y precariedad del trabajo médico en Paraíba

Desde hace más de 10 años, el gobierno del estado de Paraíba ha condicionado la “contratación” de médicos y otros profesionales de la salud a un método inconstitucional, de amplio conocimiento público, llamado “codificación”<sup>14</sup>. Es importante destacar que no se trata de contratar para atender la necesidad temporal de interés público excepcional, ni de cargos de comisión, libre nombramiento y remoción, ni siquiera de contratar a través de una persona jurídica. Este modelo de contratación tampoco tiene características suficientes para hacer analogías con modalidades ya previstas en el ordenamiento jurídico<sup>14</sup>.

En la modalidad de codificación, caracterizada inicialmente temporal y por interés público excepcional, la admisión ocurre sin selección previa y sin que se haya firmado ningún contrato<sup>14</sup>. Para un compromiso “hablado” o contrato verbal, el médico recibe un “código”, que funcionaría como una especie de inscripción. Desde el momento en que el profesional inicia sus actividades laborales, la unidad informa al Secretaría de Salud del Estado, que deposita los honorarios de acuerdo con el número de turnos o actividades. El pago se realiza en una cuenta bancaria informada por el profesional en el mes siguiente al trabajo. No existen bonificaciones previsionales y el profesional no goza de derechos fundamentales como vacaciones,

aguinaldo y subsidio por ausencia justificada o fallecimiento de familiar de primer grado<sup>14</sup>.

No existe constancia oficial de cuándo se instituyó la codificación como medida de emergencia para suplir la escasez de profesionales en los servicios públicos del Estado. La razón es que una política ilegal no puede hacerse oficial. Sin embargo, hay informes de que la práctica se ha producido durante al menos 12 años con este nombre. Desde entonces, Paraíba ha sido administrada por cuatro gobernadores de tres partidos políticos diferentes. Por lo tanto, es una política de estado, no una política de gobierno, aunque es ilegal<sup>14</sup>.

Antes de la codificación, había otra forma de precariedad que adoptaba el sistema de pago de tasas por productividad, mediante información y comprobante del Número de Contribuyente Individual, directamente en cajeros bancarios. El código se habría creado como una forma de mejorar la práctica, asegurando un mejor control. Varios materiales periodísticos y declaraciones de los propios gerentes confirman el hecho.

Para tratar de minimizar el impacto de la ilegalidad, el Tribunal de Cuentas del Estado (TCE) ha puesto a disposición mensualmente, en la base de datos del Sistema de Monitoreo de la Gestión de Recursos de la Sociedad (Sagres), el nombre, los salarios y el almacenamiento de todos los codificados, como sucede con los funcionarios públicos<sup>15</sup>. La gran diferencia es que en el caso de los codificados, la ilegalidad permanece en la contratación.

Para el STF, a las contrataciones irregulares, sin concurso público, se puede aplicar la teoría del empleado de hecho, siendo válidos los actos practicados por el mandatario, aunque la situación parezca legal<sup>16</sup>. Además, existe una investigación abierta por el Ministerio Público Federal para investigar posibles irregularidades en el pago de servidores con recursos destinados a la salud (Procedimiento Preparatorio 1.24.000.001214/2017-62)<sup>17</sup>.

### Relación médico-estado y precariedad del trabajo

El médico y otros funcionarios de salud comenzaron a trabajar rutinariamente en la administración pública sin la estabilidad garantizada por la ley

8.112/1990. De acuerdo con el artículo 22 de esta ley, el servidor, después de un período de prueba, *solo perderá su cargo en virtud de una sentencia judicial dictada en el tribunal o de un proceso administrativo disciplinario en el que se le asegure una defensa amplia*<sup>18</sup>. El médico, en el modo codificado, puede ser despedido independientemente de la causa y en cualquier momento.

Además, la práctica se ha vuelto especialmente útil para que los gobiernos justifiquen el gasto como pagos por servicios, y no como pagos de personas, produciendo la impresión de cumplimiento de la Ley Complementaria 100/2000<sup>19</sup>, la Ley de Responsabilidad Fiscal (LRF). El estado de Paraíba, en 2018, presentó el 60,3% de los Ingresos Corrientes Netos dedicados a gastos de personal. Según la LRF, el límite es del 60%, por lo que el gobierno argumenta que ya no apoya la contratación de médicos por licitación pública.

Hay médicos que ven la codificación como una forma de ocultar acumulaciones de puestos, porque muchos de los que se someten a esta condición no tienen su nombre inscrito en el Registro Nacional de Establecimientos de Salud<sup>14</sup>. Sin embargo, según el inciso XVI del artículo 37 de la Constitución Federal, no se permiten tres bonos públicos para ningún profesional. Para el médico que ya tiene dos vínculos públicos, la codificación puede ser una forma de mantener un tercer trabajo en el servicio público<sup>2</sup>. A esta ilegalidad se suma también, como ya se mencionó, la ausencia de derechos laborales.

La gran diversidad de formas de contratación refleja los intereses y estrategias, no siempre coincidentes, de médicos, hospitales, gobiernos y terceros pagadores. Además de las restricciones legales, se tienen en cuenta las “comodidades” fiscales, los tipos de distribución de los riesgos económicos y morales y el grado de exclusividad en la relación entre las partes<sup>3</sup>.

En este contexto, es esencial un esfuerzo adicional para repensar –dentro de un proceso más global de adecuación de las relaciones laborales y vinculación estratégica de los profesionales– los nuevos regímenes de remuneración y contractuales que, dentro de límites presupuestarios sostenibles, maximicen la productividad, mejoren la calidad de los servicios y aseguren niveles adecuados de cooperación entre el trabajo y la dirección y entre los profesionales de la salud<sup>3</sup>.

## Método

El estudio tiene como objetivo discutir las implicaciones bioéticas de la precariedad del trabajo médico en el estado de Paraíba a través de una modalidad de contratación denominada “codificación”. Se trata de una investigación inédita sobre el tema, documental, transversal, descriptiva y exploratoria, con enfoque cuantitativo. La muestra del estudio estuvo conformada por médicos del estado de Paraíba contratados por codificación y activos entre diciembre de 2018 y noviembre de 2019.

Para relevar el número de médicos codificados, sus honorarios y el número de sustituciones y contratos realizados, la investigación analizó la base de datos, denominada Sagres, del Portal de Transparencia del TCE de Paraíba<sup>15</sup>. Se incluyeron todas las ciudades con servicios de salud mantenidos por el gobierno del estado. No se tuvieron en cuenta las unidades administradas por organizaciones sociales, que tienen un régimen de contratación bajo CLT.

Los registros se categorizaron por sexo, mesorregión y especialidad y organizados en tablas de contingencia, presentadas en frecuencias simples y relativas. La prueba de chi-cuadrado fue utilizada para probar asociaciones entre variables categóricas y *burnout*. Los análisis se llevaron a cabo con el software SPSS versión 20.0.0.0, considerando una significancia de 0,05.

El estudio consideró las normas de investigación con seres humanos, de acuerdo con la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud<sup>20</sup>. Se observaron los principios básicos de la bioética: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Los datos utilizados se recolectaron de una fuente pública y, por ser secundarios, eximieron la aplicación del consentimiento libre e informado y el análisis del Comité de Ética en Investigación.

## Resultados y discusión

A noviembre de 2019, 7.984 médicos estaban registrados en el Consejo Regional de Medicina y aptos para ejercer la profesión. De ellos, 1.474 trabajaban en la Red de Salud del Estado, de los cuales 716 eran funcionarios públicos y 758 estaban codificados. El número de codificados en



relación con el número total de médicos que trabajaban para el gobierno del estado representó, por lo tanto, el 51,4%. La mayoría de los codificados eran hombres y trabajaban en la macrorregión de la Zona da Mata Paraibana (Tabla 1). Más de un tercio de todos los médicos codificados estaban registrados como médicos clínicos, como se ilustra en la Figura 1.

Durante el período evaluado, analizamos mes a mes el número de médicos que no permanecieron como codificados (identificamos a estos médicos como “decodificados”) y el número de nuevos médicos codificados. Como se muestra en la Tabla 2, el mayor número de médicos decodificados se observó en la región de la Zona da Mata (104). Sin embargo, en números relativos, fue en el Agreste donde se produjo el mayor éxodo de profesionales en un año (32%). El número de nuevos codificados fue menor que el de decodificados. Como no hubo concurso público en el período evaluado, asumimos que hubo una disminución en el número de médicos en los puestos de trabajo en las unidades administradas por el estado.

Según Maciel y colaboradores<sup>21</sup>, la precaria relación laboral de los médicos con el estado es perjudicial para la salud pública. La inestabilidad generada por la ausencia de contrato y la supresión de derechos convierte al médico en un producto que en cualquier momento puede ser reemplazado, sin criterios técnicos, lo que deja al profesional a merced de la voluntad política del

gerente. La alta tasa de decodificación verificada en el presente estudio es otra demostración de la vulnerabilidad del médico en esos servicios.

El propio Estado y las redes de salud son muy frágiles en este contexto, ya que la inestabilidad laboral hace que algunos médicos busquen otros mercados, con formas legales de contratación. Saad, Saad y Branco<sup>22</sup> relatan que la integración de este profesional en las rutinas de los servicios puede verse obstaculizada por la rotación. Por lo tanto, es necesario revisar el vínculo de los profesionales dentro de un modelo que brinde servicios de calidad y una relación de trabajo más digna<sup>3</sup>.

La codificación como herramienta de contratación puede exponer a la población al riesgo, ya que no se conoce cuales son los criterios de admisión, incluso si los profesionales llamados especialistas tienen o no una titulación y un expediente de calificación de especialidad en CRM-PB. También es imposible evaluar la implicación de este profesional con la comunidad y el sistema de salud, considerando que no existe relación laboral y la desconexión del servicio público puede ocurrir en cualquier momento. Esto es grave porque no hay sistema de salud sin médico<sup>23</sup>.

Según Barchifontaine y Trindade<sup>24</sup>, se debe valorar la bioética en la vida cotidiana como parte importante de la política de salud. Para lograr un cuidado de calidad, humanizado, capaz de garantizar la dignidad de la persona humana, es esencial valorar el trabajo del médico<sup>25</sup>.

**Tabla 1.** Número de médicos codificados y funcionarios públicos y estratificación por género y mesorregión según datos del Sistema de Monitoreo de la Gestión de Recursos de la Sociedad de noviembre de 2019 (Paraíba)

| Médicos Codificados    | Codificados N (%) | Funcionarios Públicos N (%) | P*    |
|------------------------|-------------------|-----------------------------|-------|
| <b>GÉNERO</b>          |                   |                             |       |
| Femenino               | 335 (44,2)        | 252 (35,2)                  | 0,001 |
| Masculino              | 423 (55,8)        | 464 (64,8)                  | -     |
| <b>MESORREGIÓN</b>     |                   |                             |       |
| Zona da Mata Paraibana | 510 (67,3)        | 527 (73,6)                  | 0,021 |
| Borborema              | 128 (16,9)        | 136 (19)                    | -     |
| Agreste                | 63 (8,3)          | 27 (3,8)                    | -     |
| Sertão                 | 57 (7,5)          | 26 (3,6)                    | -     |

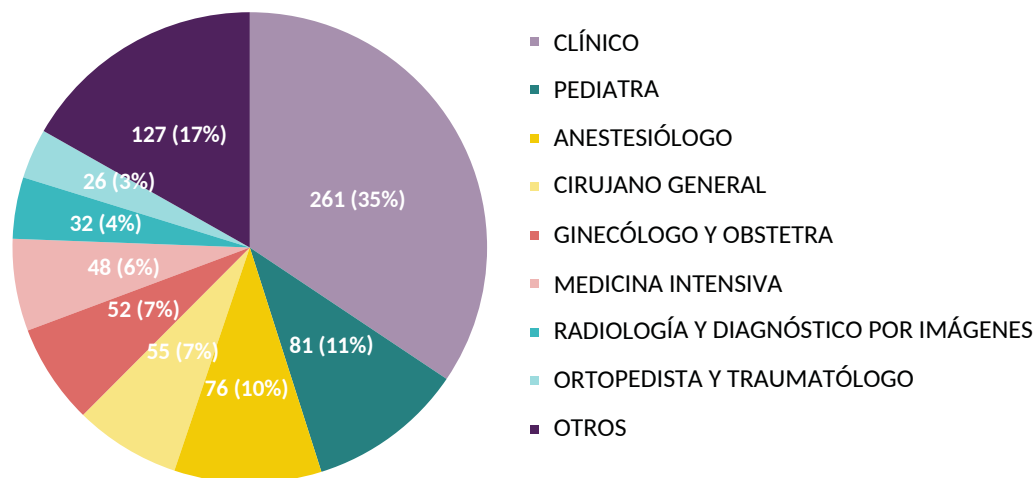
continúa...

**Tabla 1.** Continuación

| Médicos Codificados       | Codificados N (%) | Funcionarios Públicos N (%) | P*    |
|---------------------------|-------------------|-----------------------------|-------|
| <b>ESPECIALIDAD</b>       |                   |                             |       |
| Clínica Médica            | 261 (34,4)        | 230 (32,1)                  | 0,078 |
| Pediatría                 | 81 (10,7)         | 143 (20)                    | -     |
| Anestesiología            | 76 (10)           | 23 (3,2)                    | -     |
| Cirugía General           | 55 (7,2)          | 63 (8,8)                    | -     |
| Ginecología y Obstetricia | 52 (6,9)          | 98 (13,7)                   | -     |
| Medicina Intensiva        | 48 (6,3)          | 32 (4,5)                    | -     |
| Diagnóstico por Imágenes  | 32 (4,2)          | 39 (5,4)                    | -     |
| Ortopedia y Traumatología | 26 (3,5)          | 35 (4,9)                    | -     |
| Otros                     | 127 (16,8)        | 53 (7,4)                    | -     |
| <b>Total</b>              | <b>758 (100)</b>  | <b>716 (100)</b>            |       |

\* Prueba de chi-cuadrado

**Figura 1.** Estratificación de los codificados según la especialidad, con base en los datos del Sistema de Monitoreo de Gestión de Recursos de la Sociedad de abril de 2019



**Tabla 2.** Número de médicos decodificados y nuevos médicos codificados entre diciembre de 2018 y noviembre de 2019, estratificados por macrorregión (Paraíba)

| Médicos                | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) |
|------------------------|----------------|----------------|
| <b>Decodificados</b>   |                |                |
| Zona da Mata Paraibana | 104            | 63,5           |
| Borborema              | 32             | 19,5           |
| Agreste                | 18             | 10,9           |
| Sertão                 | 10             | 6,1            |
| <b>Total</b>           | <b>164</b>     | <b>100</b>     |

continúa...

Tabla 2. Continuación

| Médicos                | Frecuencia (N) | Porcentaje (%) |
|------------------------|----------------|----------------|
| Nuevo Codificados      |                |                |
| Zona da Mata Paraibana | 74             | 56,5           |
| Borborema              | 30             | 22,9           |
| Agreste                | 17             | 13             |
| Sertão                 | 10             | 7,6            |
| <b>Total</b>           | <b>131</b>     | <b>100</b>     |

### Consideraciones finales

Llama la atención que en el estado de Paraíba se ha vulnerado los derechos del médico como ciudadano. Estos profesionales están sujetos a una precariedad provocada por expedientes fraudulentos destinados a enmascarar la relación laboral con modalidades de contratación inciertas y atípicas.

La modalidad de codificación es una verdadera ofensa al ordenamiento jurídico interno, ya que en ella la publicidad de los actos de la administración es deficiente e insegura. Todos los derechos laborales de los servidores públicos, ya sean trabajadores contratados o estatutarios, o incluso contratados por un tiempo determinado, se les niegan a los codificados, y no hay contrato firmado entre la entidad pública y el ciudadano contratado. Además, existen sospechas

de irregularidades en el uso de fondos para pagar los gastos de dicho personal.

La codificación perjudica los principios constitucionales de los derechos sociales, la administración pública, la legalidad, la moral y la publicidad, al tiempo que confronta los principios de equidad y dignidad de la persona humana. Los esfuerzos de los órganos de control en nombre de la transparencia no han sido suficientes para resolver el problema. La contratación por codificación se ha perpetuado sin que el Estado presente métodos de gestión para legalizar, a la luz de la Constitución Federal, la labor de los médicos en los servicios públicos del estado. Sin embargo, es necesario rescatar el valor social de los médicos y de la medicina, porque la precariedad afecta la estabilidad de los trabajadores, la formación del vínculo con los usuarios y los indicadores de calidad de los servicios de salud, atentando contra la dignidad misma de la persona humana.


### Referencias

1. Organização da Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. Paris: Unesco; 1948 [acceso 11 mar 2021]. Disponible: <https://bit.ly/33tJhMS>
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
3. Girardi SN, Carvalho CL, Girardi LG. Modalidades de contratação e remuneração do trabalho médico: os conceitos e evidências internacionais [Internet]. 2007 [acceso 11 mar 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3evpi6L>
4. Sousa JM, Lima LPN, Sousa ECM, Oliveira OR, Oliveira LC. Precarização dos serviços de saúde e suas implicações no processo de trabalho em saúde na atenção primária à saúde em Fortaleza. In: Silvestre LPF, editores. Políticas públicas no Brasil: exploração e diagnóstico 5 [Internet]. Ponta Grossa: Atena; 2018 [acceso 11 mar 2021]. DOI: 10.22533/at.ed.63619220118
5. Silva OP. Subordinação, autonomia e parassubordinação nas relações de trabalho. São Paulo: LTr; 2004.
6. Resende R. Direito do trabalho esquematizado. Rio de Janeiro: Método; 2011.
7. Rodrigues JRS. A caracterização da relação de emprego do médico na sociedade contemporânea. *publicaDireito* [Internet]. 2012 [acceso 11 mar 2021]. Disponible: <https://bit.ly/3ewau7P>




8. Barros AM. Trabalhadores intelectuais. Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3ª Região [Internet]. 2004 [acesso 11 mar 2021];39(69):147-65. Disponível: <https://bit.ly/2PZLz2Y>
9. Brasil. Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 10 dez 1993 [acesso 9 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3hchad9>
10. Tribunal Superior do Trabalho. Súmula 363/TST [Internet]. 2000 [acesso 9 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3hbrC4s>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE | Cidades@ | Paraíba | Panorama [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso 20 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2QWVHPv>
12. Organização Mundial da Saúde. Spotlight: estatísticas da força de trabalho em saúde [Internet]. 2009 [acesso 13 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2RwP957>
13. Conselho Estadual de Saúde do Estado da Paraíba. Plano Estadual de Saúde 2016-2019: Resolução nº 0123 [Internet]. 2016 [acesso 10 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2TpualK>
14. Souto Maior S. TCE faz varredura na folha de codificados do governo e vai expor salários. Jornal da Paraíba [Internet]. 2017 [acesso 12 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3vT5noc>
15. Tribunal de Contas do Estado da Paraíba. Sistema de Acompanhamento da Gestão dos Recursos da Sociedade: Lista de médicos efetivos e codificados do Estado da Paraíba [Internet]. 2019 [acesso 10 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3ew2uUs>
16. Marinela F. Direito administrativo. 8ª ed. Niterói: Impetus; 2014.
17. Ministério Público Federal. Portaria Nº 23, de 1º de março de 2018. Procedimento Preparatório nº 1.24.000.001214/2017-62. Diário do Ministério Público Federal Eletrônico [Internet]. Brasília, nº 47, p. 58, 11 nov 2018 [acesso 10 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3xZNG7Y>
18. Brasil. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 19 abr 1991 [acesso 19 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3bkty6Q>
19. Brasil. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 5 maio 2000 [acesso 19 jun 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3vPS9Zc>
20. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, p. 59, 13 jun 2013 [acesso 3 mar 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3o3sU34>
21. Maciel RH, Santos JBF, Sales TB, Alves MAA, Luna AP, Feitosa LB. Multiplicidade de vínculos de médicos no Estado do Ceará. Rev Saúde Pública [Internet]. 2010 [acesso 3 mar 2021];44(5):950-6. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000030
22. Saad EG, Saad JED, Branco AMSC. CLT comentada Saad. 48ª ed. São Paulo: LTr; 2015.
23. Scheffer M, editor. Demografia Médica no Brasil 2020. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 2020.
24. Barchifontaine CP, Trindade MA. Bioética, saúde e realidade brasileira. Rev. bioét (Impr.). [Internet]. 2019 [acesso 3 mar 2021];27(3):439-45. DOI: 10.1590/1983-80422019273327
25. Santos IL. Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. Rev. bioét (Impr.). [Internet]. 2020 [acesso 21 abr 2021];28(2):229-38. DOI: 10.1590/1983-80422020282384


**Bruno Leandro de Souza** – Estudiante de doctorado – drbrunoleandro@yahoo.com.br

 0000-0002-1699-2986

**Thiago Guimarães Pereira Souza** – Graduado – thiagogjsouza@gmail.com

 0000-0003-2059-8356


**Caio Chaves de Holanda Limeira** – Graduado – caiolimeira@yahoo.com.br

 0000-0002-9365-6820

**Heloísa Calegari Borges** – Graduada – heloisacalegarib@gmail.com

 0000-0002-8026-262X

**Naraiana Chaves Pereira** – Graduada – naraianachaves@gmail.com

 0000-0003-1407-3940

#### Correspondencia

Bruno Leandro de Souza – Av. Dom Pedro II, 1335, Torre  
CEP 58040-440. João Pessoa/PB.

#### Participación de los autores

Bruno Leandro de Souza, Thiago Guimarães Pereira Souza y Caio Chaves de Holanda Limeira realizaron la revisión de la literatura y recolectaron los datos. Heloísa Calegari Borges y Naraiana Chaves Pereira participaron en el análisis estadístico y revisión crítica de los resultados. Todos los autores contribuyeron a la redacción final del artículo. Bruno Leandro de Souza coordinó el estudio.

**Recibido:** 15.3.2020

**Revisado:** 15.4.2021

**Aprobado:** 22.4.2021