

DOSSIER





La Reforma Psiquiátrica

Rosana Onocko
Gastón Sousa Campos

Ps. Laura Manavella (Decana de la Facultad de Psicología) – En principio, quiero agradecerles a todos, y especialmente a Gastón y a Rosana, que estén compartiendo con nosotros lo que nos preocupa hoy en la facultad, que tiene que ver con nuestra formación, la construcción de problemas y sus posibles resoluciones referido, principalmente, a salud y educación pública. Quiero decirles que esto, en este momento, es una cuestión fundamental y también nos alegra mucho verlos a ustedes aquí, interesados en estos problemas. Los voy a dejar con nuestros disertantes y, en todo caso, luego seguiremos conversando.

Rosana Onocko – Buenos días a todos. Una alegría inmensa estar aquí porque es como estar en casa. A partir de mis últimos años de trabajo y de la coyuntura con situaciones nuevas que me comentaron los compañeros de aquí, es que me pareció importante reflexionar sobre cuáles han sido la formas de relaciones o las interfaces, por eso nuestro grupo se llama así, de la universidad con los servicios públicos, en el marco de lo que llamamos en Brasil de Reforma Psiquiátrica y para la Argentina la vigencia actual de la Ley de Salud Mental, a partir de la cual, me parece, se abre una posibilidad de prácticas e innovaciones con un marco jurídico apropiado.

La primera cuestión la sitúo a partir de un juego de palabras que hace *Julia Kristeva* cuando señala que las políticas públicas son el *entre* (ese). Porque la política siempre tiene que ver con intereses, con valores, con tomada de posición, pero, al mismo tiempo, aparece allí algo que está en el medio, “entre” las personas, “entre” las instituciones. Esto nos puede permitir pensar las relaciones de una universidad que no se mantenga más mirándose a sí misma, sino que se coloque en la posición del *entre*. ¿Cuál fue el contexto para que esto fuera posible en Brasil? La reforma psiquiátrica brasilera se propuso una reformulación crítica de todos los paradigmas tradicionales en relación con la Salud Mental y presupone, en la construcción cotidiana actual, no sólo rechazar la propuesta asilar del manicomio sino revisar todos los saberes constituidos intentando provocar cambios en la asistencia, los servicios y fundamentalmente, construirle otro lugar social en la cultura a la cuestión del sufrimiento psíquico grave. Hoy, hay en Brasil una expansión muy grande de servicios especializados de salud mental y los mismos demandaron una plasticidad muy grande, al interior de los servicios, para generar una red de asistencia. Esto ha traído nuevas cuestiones porque reclama la formación de profesionales que puedan pensar su práctica clínica también desde el tejido de las relaciones sociales de los usuarios, ejerciendo y desarrollando prácticas menos estereotipadas y que estén más de acuerdo a la procesualidad de la vida. Es decir, que puedan acompañar este devenir que acontece cuando uno vive, esto que le pasa a la gente que cuidamos. Y hay un contexto muy particular, para nosotros, que es la Red de la Ciudad de Campinas, ciudad de tamaño parecido a la de Rosario donde, en el año 2000 y coincidiendo con el asesinato del intendente en ese momento, Gastón fue Secretario de Salud y tomó la decisión de hacer una gran expansión de la red municipal de salud mental. Esto

se hizo fundamentalmente con la apertura de nuevos centros de atención psicosocial (CAPS), la transformación de los que existían para ofrecer atención a los usuarios las veinticuatro horas y con la implantación de un apoyo matricial como mediación entre la red de salud mental y la atención primaria en salud. Fue un cambio muy radical, y como todo cambio generó cosas muy buenas y también muchas reacciones, procesos que hubo que cuidar y acompañar para que en el impulso por producir una transformación, no perdiésemos el rumbo de la innovación en términos éticos, clínicos y políticos.

Simplemente para que quede claro, ¿qué son estos Centro de Atención Psicosocial? Son una gran apuesta, como servicios, en función de la reforma psiquiátrica brasilera. Considerados por autores diversos, como dispositivos estratégicos de la reforma, se colocan como sustitutivos a la propuesta asilar con equipos multiprofesionales, funcionando las veinticuatro horas y recibiendo pacientes en situación de crisis, acompañando a pacientes crónicos, interviniendo en problemas emergentes de pacientes graves que muchas veces, tienen que ver con la quiebra de la posibilidad de convivencia provisoria con su familia. Están distribuidos e insertos en el territorio y articulados a la red de servicios, ofreciendo una amplia gama de cuidados como talleres, grupos de trabajo, asistencia individual, espacio de convivencia, acompañamiento terapéutico y otros.

Traigo la experiencia en Campinas porque fue allí donde nos pareció necesario pensar la interrelación entre la universidad y los servicios porque a pesar de que se creen servicios nuevos, muchas veces, las prácticas de los profesionales de salud pueden estar cristalizadas y repetir modelos clásicos en las diversas disciplinas, sin organizarse, articularse o agenciarse con otros equipamientos para el buen acompañamiento clínico de nuestros usuarios. Entonces, algunos autores llaman la atención para reflexionar sobre la reforma psiquiátrica no sólo como una reforma de servicios sino percibir que sus efectos se extienden hacia una reforma cultural en relación al lugar que la locura ocupa en la sociedad.

En este contexto, organicé tres ejes principales de relación entre universidad y servicios públicos y cómo se puede intentar lograr una optimización tanto para la actividad académica como la actividad asistencial.

- ✓ Pasantías de los alumnos de graduación y post graduación
- ✓ Investigaciones evaluativas realizadas bajo modalidades participativas
- ✓ Asesorías, apoyo y supervisión, por intermedio de las cuales, los profesores universitarios recibimos un pequeño adicional a nuestro sueldo para hacer alguna actividad docente–asistencial en los servicios públicos

En primer lugar, para pensar las pasantías hay que poder situar este lugar que es marcado por la complejidad, la heterogeneidad y por ciertas contradicciones. Los alumnos, independientemente de que sean residentes, graduados o postgraduados, como no son profesionales trabajadores contratados por el servicio traen una cierta mirada extranjera a estos lugares, lo cual provoca un cierto desasosiego a la institución y también a ellos mismos. Al mismo tiempo nos ayuda a provocar desvíos y movilizar ciertos modos de funcionar en el sentido de evitar las cristalizaciones que identificamos como un riesgo en los nuevos servicios.

¿Cuál fue el ejercicio que hallamos para pensar, a partir de la docencia y supervisión, esta relación entre los pasantes y los servicios? Por un lado, ellos tienen que estar insertos en la organización pero, al mismo tiempo, no pueden quedar pegados a la forma de ver el



servicio que tienen los trabajadores, es decir, estar próximos pero no alineados y esto abre una serie de preguntas sobre cómo trabajar la incomodidad que esta situación provoca, cuáles son las instituciones que se presentan en las diversas situaciones y cómo portar este nombre de estudiantes universitarios que también destaca gente joven con entusiasmo y ganas lo cual aporta al servicio una energía nueva.

Ellos entran en una escena que ya está montada por los mecanismos de lo instituido, pero al mismo tiempo, tienen la posibilidad de transmitir una vitalidad nueva y pensar de otro modo las repeticiones de la vida institucional. Yo digo siempre que los pasantes entran consigo mismo y con sus cuerpos pero, también es cierto, que no entran solos porque, en esta situación de desasosiego y difícil sustentación hemos intentando, por un lado, establecer un dispositivo de supervisión que los ayude a ellos en su proceso formativo pero que también nos ayude a nosotros a construir una posición de la universidad donde nos disponemos a estar en el entre y como intermediarios pero no creyendo que somos los que sabemos.

He llamado eso de una cierta “castración” del saber académico que, de algún modo, atente contra el saber –poder, porque nosotros sabemos algunas cosas, tenemos tiempo para hacer esto y nos pagan por ello pero no estamos ahí en los servicios poniendo el cuerpo, viviendo las tensiones inevitables del día a día, del exceso de demanda, de la duda clínica, de la fragmentación que siempre acompaña esta proximidad con locura o con las limitaciones de la pobreza o con los quiebres del lazo social.

Entonces, tener esto claro nos ayuda a construir otra posición. A continuación, voy a comentar un poco del Dispositivo de Supervisión. Nos planteamos algunas premisas para su funcionamiento. Por un lado, la importancia de construir cierta grupalidad entre los alumnos y trabajadores, propiciando intercambios y circulación de afectos. Por otro lado, la necesidad de distanciarse de la práctica cotidiana para poder pensar. En este sentido, la intensidad y rapidez que adquieren las prácticas en los servicios públicos nos ha llevado a insistir mucho en la importancia de estas pausas, lo que yo llamo de la “función coma” de la gestión.

La otra premisa es que también se construye soporte ofreciendo nuevos conceptos y teorizaciones como la generación de un alimento intelectual que, en realidad, honra nuestro papel social como institución académica. Entonces, quería llamar la atención sobre el hecho que esta inmersión intensa en una práctica que es novedosa y rica nos trae la posibilidad de ubicar a la supervisión como un dispositivo de formación para nuestros alumnos y también como una mediación posible entre la universidad y el servicio.

Esto nos ha permitido ofrecer estos dispositivos a los trabajadores de alguno de estos centros de atención psicosocial donde buscamos una postura terapéutica que es siempre necesariamente ético–política, en el sentido de trabajar hasta su límite máximo, la defensa de la vida, el compromiso con la producción de salud y también con el fortalecimiento del sistema de salud público como herramienta fundamental en la promoción de ciudadanía y para el logro de la equidad. Quería llamar la atención sobre esto, porque no hay una forma de trabajar la formación sin este compromiso ético–político, ni de trabajar la supervisión en servicio sin pensar, al mismo tiempo, el compromiso que tenemos en el desarrollo y sustentación del sistema público.

Esto nos lleva a pensar una clínica posible en estos servicios. Es una clínica ampliada, en el sentido que no niega las técnicas de la clínica en sentido estricto pero las incorpora en

un conjunto más amplio de acciones entrelazando la cuestión de lo clínico con lo político, la cuestión del tratamiento con la organización institucional, simultáneamente, a la gestión y a la subjetividad del agente que está allí como trabajador o como alumno.

Esta clínica que intentamos desarrollar busca la producción de nuevos valores en salud, pero, es importante una aclaración, el avance logrado en cuanto a la reforma o el aumento de la cantidad de servicios a lo largo y ancho del país no evita que sigan existiendo resquicios manicomiales a deconstruir dentro de nuestras prácticas. Entonces, la invención de esta clínica implica mantener la discusión de la reforma psiquiátrica viva, en el sentido de ampliar nuestro foco de visión y entender que no hay un saber que pueda dar cuenta exhaustivamente de la complejidad de lo que es la vida. Y cuando hablamos de pacientes graves que van a tener un acompañamiento a largo plazo implica un compromiso con respecto a la vida del otro. Y esto es muy delicado.

Por eso quería llamar la atención de que es imprescindible relacionar esta clínica con esta postura ética, basada en un respeto por los trabajadores de salud que están allí, en tanto los actores fundamentales y siempre bienintencionados, en cuanto a la producción de salud. Esto es la castración del saber universitario, asumir que ellos también tienen estos compromisos éticos-políticos y que nuestra función es ayudarlos desde nuestra posición. Para todos nuestros pasantes y nuestras relaciones en los servicios hay un tránsito caminado en forma común porque son ellos los que están allí en el gesto posible o no, en lo cotidiano, y en el momento en que se angustiaron o que se dirigieron a otro, es decir, a los trabajadores en los servicios.

Esto nos lleva a otra función que quería comentar, la relación indisoluble de la clínica con la gestión, en el sentido de entender, que las formas de organización del trabajo son siempre producto y productoras de subjetivación, además, de que la gente es productora activa y con relativa autonomía de estos procesos. A veces, esto aparece como un pensamiento dicotómico al adjudicarlo a un problema clínico o a un problema de la gestión. En este sentido, no hay clínica sin organización del trabajo, ni hay organización del trabajo en salud que no se refiera a cierta clínica. Esto no implica que esté siempre explícito o que no haya cuestiones específicas de la clínica y de la gestión que son diferentes, pero no están nunca disociadas. Entonces, desarrollé algunas cuestiones con relación a la formación y a las pasantías. Ahora, paso a detallar otro de los grandes ejes de relación con los servicios, relacionado a la investigación y a la producción de conocimientos que ha sido enriquecedor para nosotros, pertenecientes al sector académico, la proximidad y contacto con la realidad del trabajo. Entonces, por un lado, diremos que, a partir de la adaptación a los nuevos servicios, éstos construyeron nuevos problemas, diferentes a los del asilo, y, por lo tanto, nos llevaron a preguntarnos cosas nuevas.

Por ejemplo, nosotros empezamos a hacer estudios evaluativos de los centros de atención psicosocial y una de las cuestiones que aparecía era un uso excesivo de la medicación en pacientes graves donde poco se discutía con ellos este tema y, entonces, adquirió visibilidad una nueva forma de discriminación en relación a la decisión sobre su propia vida. Es decir, antes quedaban excluidos por estar encerrados en el manicomio y ahora porque están totalmente intoxicados por exceso de medicación. Esto nos exigió un compromiso diferente hacia los usuarios y trabajadores que se encuentran en una nueva situación, motivo por el cual, desarrollamos estrategias participativas que los ubican, no ya como los sujetos a investigar, sino como sujetos con los cuales investigamos en todas las fases de la investigación, tanto en el diseño del proyecto



de estudio, en la construcción del material de campo como en el análisis interpretativo. Esto es posible realizarlo con personas con problemas de la salud mental que colaboran porque las preguntas cambian cuando ellos las hacen junto a nosotros.

Resumiendo, estuvimos pensando cómo esta red de relaciones interinstitucionales entre universidad y servicios lleva su tiempo de proceso y dedicación en el trabajo. Intentamos darle una organicidad a esta relación estableciendo algunos encuentros, dos o tres por año según el proyecto, donde nos reunimos con los gestores de equipamiento y con la propia coordinación de salud mental del municipio para evaluar lo realizado y producir una perspectiva de lo que vendrá. También es importante tener en cuenta que nosotros procuramos incorporar las demandas que nos son dirigidas, pero no necesariamente tomándolas al pie de la letra. Esto para mí es una cuestión importante porque no se trata de dar una respuesta a todo, pero si de que podamos ofrecer algún destino para esa demanda, y que el equipo pueda gestionar con nuestra ayuda. Me parece que esto legitima mucho la relación porque cuando vienen a hablar con nosotros a la universidad se puedan llevar algo. Hemos contado con muy buena disposición de la gerencia de los equipos. A veces, consultan por algunos impases de la práctica que es necesario retomar, otras son cuestiones en la dificultad de conducir un caso, otras son ruidos o desavenencias que hay en el cotidiano.

Nosotros les hemos propuesto discusiones conjuntas, espacios muy ricos y fundamentales, para esta otra red de sustentación que permite crear una interlocución productiva evitando quedar congelado por las diferencias técnicas. Siempre habrá diferencias de líneas clínicas, diferentes competencias de un médico, un psicólogo o un terapeuta ocupacional mas hemos intentado darle cohesión para entender que superarlas es resultado de una posición ético-política que nos aproxima, porque todos queremos que la reforma avance. Entonces, es esta función ético-política la que permite una integración docente-asistencial que es un espacio que vemos como muy fértil.

Esta es nuestra materia prima, es este contacto con los servicios, con la realidad, con la innovación lo que se transforma en fuente de indagaciones teóricas y nos obliga a construir respuestas prácticas, que es lo que hace que exista la universidad como productora de conocimientos. Entonces, el avance de conocimiento, la formación de personas, las nuevas indagaciones teóricas, el compromiso con la producción de salud son cuestiones que tanto la reforma psiquiátrica como el sistema único en salud precisan, y yo creo, que la universidad pública tiene que adaptar sus contenidos y métodos a nuestro país en su contexto real. En nuestro país hay una frase que remite a algo difícil y dice “*dar una puntada en una gota de agua*” y en ella estaría sintetizado el trabajo y la dedicación necesarios para una buena articulación entre universidad y servicios.

Gastón Sousa Campos – Buenos días, en esta división de trabajo, a mí me destinaron hablar sobre la reforma sanitaria en general, no sólo desde la relación de universidad y sistema de salud público. Quiero empezar agradeciendo vuestra invitación para estar acá, a la decana de la facultad de psicología, a las profesoras de la Carrera de Especialización clínica, institucional y comunitaria y a todos en general. Voy a hacer el relato de algunos aspectos de la reforma sanitaria en Brasil, no como un modelo o receta, sino como un ejemplo de reflexión, pero Uds estarán obligados a singularizar desde el contexto nacional. ¡Cómo verán estoy intentando pasar

del portuñol al español estropeado!

El cambio de la política y de las prácticas en salud, conocido como la reforma sanitaria en Brasil, que estamos experimentando hace veinte o treinta años, comenzó primero en los servicios, en los efectores y redes públicas de salud – municipales y provinciales – y hace ocho o diez años que logramos involucrar a la universidad pública. En su inicio participaron los trabajadores pertenecientes al área de la salud como psicología, medicina, fisioterapia, nutrición, trabajo social, educación física, ciencias de la educación que lideraron una reforma universitaria muy articulada con la reforma sanitaria. Hubo un cierto disloque entre esos dos movimientos, aunque haya una influencia recíproca y bilateral, son instituciones públicas diferentes. La universidad pública en Brasil tiene un grado de autonomía muy amplio y por eso esta reforma necesita de una construcción vía la seducción, el convencimiento y la paciencia. Voy a comentar cuatro aspectos de este movimiento.

Considero que logramos armar un sujeto colectivo para la reforma sanitaria que logró corporizar un cierto programa, un cierto proyecto de macropolítica en salud y, en alguna medida, también a nivel de la micropolítica. Entonces, comentaba ayer en la reunión en la facultad de Psicología que los sujetos colectivos, del mismo modo que los individuales, son también ciclotímicos porque tenemos momentos de mucho entusiasmo y movimiento y otros de depresión y fragmentación donde no hay una adrenalina constante. Pero si cuidamos de articular un movimiento que ha logrado componerse con cierto grado de autonomía de la política partidaria, esto implicó comenzar a valorar diferente al compañero que elige otra cosa y, no por eso, es un traidor sino alguien, en última instancia, equivocado o tonto, esto es parecido al español estropeado, ya es un avance. No es un traidor, es un compañero con el que tengo ciertas dificultades porque no tiene mi misma posición, pero tenemos en común una preocupación por el proyecto de la reforma sanitaria. Esto logró armar un movimiento con participación del movimiento estudiantil, trabajadores de salud y sus gremios. En términos de profesiones hay muchos psicólogos trabajando mucho por el sistema de salud, nosotros los médicos estamos más divididos, porque hay colegas que siguen apostando a un modelo de mercado y privado.

Entonces, si la idea es armar un movimiento social, me parece importante seguir a esa cultura política y sanitaria que se cría. Y ahí nuestras fidelidades son heterogéneas. Hace algunos años que mi fidelidad es con el movimiento, es decir, más con la salud que con el gobierno de turno. Estamos construyendo una idea de que el Sistema Único de Salud no es de un gobierno, sino que ellos están encargados de una responsabilidad importante, pero el sistema pertenece a la comunidad brasileña en su conjunto. Esa política necesita tener una cierta horizontalidad, casi como una cronicidad, entonces si es dependiente de un gobierno u otro se complica. Por eso logramos aprobar leyes, como ustedes están haciendo acá ahora, vía la Constitución Nacional, es decir, que no es sólo un proyecto.

Obvio que hay diferencias entre partidos, sectores políticos más conservadores o progresistas, con mayor o menor perspectiva social. Pero hay un límite que impone el movimiento social que es que, al tener autonomía, presiona a todos, inclusive a nuestros amigos. Lo sé porque era muy difícil mi situación cuando era parte del gobierno. Mis amigos seguían presionando desde una perspectiva de mantener una posición crítica. Ese movimiento social es uno de los factores que está impulsando la reforma universitaria, también. Muchos de nosotros estamos en la gestión trabajando, somos docentes, hacemos investigación, somos alumnos, residentes y hemos



construido un cierto consenso del proyecto. Hay una masa crítica que piensa la formación muy articulada a la política pública del sistema de salud y creó una cierta posibilidad de producir cambios.

En este momento, el movimiento sanitario brasileño tiene una organicidad muy baja. No tenemos ni presidentes ni secretarios. Trabajamos con algunas organizaciones gremiales que, a mi entender, no voy a hacer una crítica sino un comentario crítico, tienen una tendencia a luchar por el interés específico de un sector y a tener todo un sistema de control sobre el proceso de trabajo que son necesarios, mas participan como componentes y no en el nivel de liderazgo. Están todos escindidos, asociaciones de medicina, por un lado, de psiquiatría, por el otro que se articulan de diversos modos en relación a la implementación de la reforma sanitaria.

Este componente de construcción de un movimiento social es muy importante en nuestra experiencia. Creo que ustedes necesitan reflexionar sobre eso. Es un elemento de presión sobre todos los gobiernos, para garantizar algún grado de presupuesto, de continuidad, de horizontalidad a las políticas de atención primaria, de salud mental y hacia otras problemáticas en salud. Estamos intentando ahora dejarnos de mirar el ombligo, quedándonos sólo en el territorio de la salud, por eso nos dirigimos actualmente hacia el desarrollo de políticas públicas en general.

Por ejemplo, para nosotros es muy grave el tema de la crisis urbana situada en las favelas y las villas miserias. Yo leí que acá hay como nueve millones de argentinos, sería un 25 % que habitan viviendas inadecuadas sin sistema de agua, de cloaca, de iluminación, de calles, de plazas. Nosotros allá tenemos un 40 %. Entonces, nuestra pelea hoy es priorizar la reforma urbana, con políticas públicas de viviendas, de educación con valorización de los docentes incluida la universitaria. Durante el período de la dictadura brasilera y después del ajuste económico conservador, nosotros, desde la salud, logramos hacer no sólo una resistencia sino incluso un crecimiento de políticas públicas en el período en que otras áreas pasaban por privatizaciones o tercerizaciones.

El Sistema Único de Salud (S.U.S.) se construye contra la marea allá por los 80. Ustedes piensen que, en ese momento, el discurso hegemónico era contra políticas públicas, contra servidores públicos, contra recaudación solidaria vía impuestos, contra el control social de la sociedad civil sobre el estado y esto hizo que la universidad pública sufriera mucho y el sector privado se desarrollara muchísimo. Hace de cinco a ocho años que se da un desarrollo de la universidad pública brasilera.

Ahora, ¿cuáles son las directrices de nuestra reforma sanitaria? El modelo de atención de nuestra política de salud, me duele decirlo, nos hace herederos de una tradición europea del siglo XX – empezó en Gran Bretaña, Suecia, Unión Soviética, Francia, Italia, Portugal y España– que empezó toda una lucha por políticas públicas y por el derecho universal a la salud y educación pública. Nosotros importamos, adaptamos, singularizamos esta tradición y experiencia para componer nuestra política, es decir, no inventamos la rueda.

Los brasileiros somos un poquito agrandados, más después de la copa América. Hablando en serio, las directrices de nuestra política tienen su origen en los sistemas socializados de salud, donde las políticas públicas nacionales tuvieron la influencia de partidos políticos de izquierda con la participación de trabajadores. Es verdad que cuando el movimiento sanitario se compone, mis maestros, porque yo soy de la segunda generación, ocultaron esta explicación

porque estábamos en dictadura y esto era peligroso. Esta es la argumentación consciente. Lo inconsciente es que muchos se aprovechan. En este momento yo estoy divulgando un documento, el *Informe Dawson*¹ que hoy está en la Ley de Salud que ustedes promulgan y también en la que hemos logrado en Brasil. Son valores generales como el derecho a salud y una comprensión ampliada de salud que incluye vivienda, sueldo, prevención, educación, medio ambiente saludable y también atención de la enfermedad. Para escribir ese informe se conformó una comisión que emprendió un análisis ideológico, científico y técnico de cero. Es imposible hacer eso con la lógica de mercado. Algunos países capitalistas como Gran Bretaña y Suecia siguieron la lógica del mercado, pero nada en salud y educación. Lo que pasa es que en la lógica del mercado había una interacción muy grande entre la práctica de salud y el interés del capital que conllevaba a cuestiones como la medicalización, hospitalización, y otros. Esto ya está muy claro. Hoy estamos haciendo una comparación entre el sistema de salud de Gran Bretaña, Canadá y de Norteamérica. Hay una política centrada en el mercado a través de aseguradoras privadas, ellos gastan cinco a seis mil dólares per capita para garantizar un cierto patrón de salud, en el cual, el 30% está excluido del sistema de atención en salud. En Canadá y Gran Bretaña gastan entre dos a tres mil dólares y sus resultados de producción de salud y bienestar son mejores. Aquí hay un grado de inclusión mayor y una capacidad de ampliar la calidad y la expectativa de vida mejor que en el contexto norteamericano. ¿Cuál es el milagro? Que tienen un modelo nacional de salud bajo el concepto de equidad, que es, a cada uno según sus necesidades y problemas. Esa evaluación es hecha por los equipos, el sistema de salud nacionalizado prioriza la necesidad de salud y no la ejerce como consumismo – medicalización. Por ejemplo, allá la llegada a un psicólogo o a cualquier otro profesional no es libre, sino que es derivada por la atención primaria. Los otros profesionales también están reglamentados según la integralidad de la atención que es otro concepto que no hemos inventado nosotros.

El informe Dawson decía “*hay que ser un servidor público nuevo*” porque el trabajo en salud tiene una especificidad que es la necesidad de vínculo, de compromiso, de cierto grado de autonomía. Han construido el concepto de sistema de red donde los efectores están integrados, han inventado el concepto de jerarquización y sostuvieron la idea de atención primaria en salud. Entonces, lo que proponen es un Centro de Salud Comunitaria que, cerca de la población, funcione como un sistema en red que recibe flujos de usuarios, de enfermos, de trabajadores, de normas, de protocolos hacia un plan de integración. Todo esto estaba en el Informe Dawson y no lo inventamos nosotros. Estas son las directrices de nuestra reforma sanitaria. Tenemos esta tradición, pero, también, nos autorizamos a cambiarla, a hacer una reflexión crítica sobre valores, modelos, directrices que beban de esa potencialidad en la que creemos. Tenemos que autorizarnos a ir más allá para pensar los paradigmas, las prácticas en salud, la gestión, el funcionamiento de las organizaciones estatales. Aquel sistema de salud pública de tradición europea sobrevivió en Brasil a las privatizaciones de los años 80 porque, de hecho, tiene eficacia y protege a la gente brindando atención integral en salud, aún teniendo un montón de problemas, que nos obligan hoy a hacer reforma tras reforma desde una mirada crítica. Entonces, no me

¹ <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/infodawson–parte1.pdf>
<http://es.scribd.com/doc/56674379/Informe–Dawson–Parte2>



atrevo a producir una singularización para Argentina porque no conozco la realidad de ustedes. Pero quiero hacer algunos comentarios sobre algunos problemas que tenemos.

El proceso de la reforma sanitaria en Brasil es muy lento, llevó veinte años armar una atención primaria en salud para el 90% de las familias, como puerta de entrada al sistema y no como proyectos focales. En Brasil estamos con un 50% de cobertura en este tiempo transcurrido. Por lo tanto, con sobrecarga de la gente que trabaja en atención primaria, con un presupuesto que se amplía progresivamente porque el sistema de salud pública cuesta, con un diálogo abierto con las poblaciones que tienen que tomar una decisión. Portugal, España y Gran Bretaña gastan de 7% a 8% del producto bruto interno para el sistema de salud. En Brasil gastamos 3.5% del producto bruto interno y hay que trabajar para llegar a ellos porque, al comienzo, no había inversión pública en salud. Pero nos falta presupuesto, tenemos una crisis financiera que tiene efectos negativos en la expansión de la cobertura de atención primaria, de hospitales, de centros de salud mental, centros de rehabilitación física, apoyo a la formación de profesionales. Entonces, la capacidad de construcción y desenvolvimiento es muy parcializada y esto compromete la eficacia de nuestras acciones y también el apoyo de la sociedad civil a la reforma sanitaria, porque la gente identifica abandonos y problemas en su implementación. Seguimos presionando a los gobernantes, de mi partido u de otro partido, para más presupuesto, para mejores sueldos de los trabajadores en salud, para mejor gestión con condiciones óptimas de atención y de trabajo, para garantizar la atención integral.

Rosario avanzó mucho en la cualificación en atención primaria y hospitales, creo que es el municipio que más construyó en este sentido, pero necesita mayor presupuesto asignado desde nación y de la provincia en forma integrada. Y, fundamentalmente, es imprescindible lograr un nivel de macropolítica en la constitución de un Sistema Único de Salud, es decir, bajo autarquía de la nación y con responsabilidades y cogestiones provinciales y municipales. También, teniendo como ejemplo a Portugal y España, la integración de las obras sociales a los sistemas nacionales de salud. Me parece que es parte de la agenda de reflexión, cómo promover la unificación de redes y sistemas nacionales, provinciales y municipales bajo una gestión integrada que disuelva la burocratización en hospitales, por ejemplo. Esto es una transición y ustedes lo tienen que mirar.

Para terminar, tengo dos puntos más. Un poco que hablemos de la reforma de la reforma y allí entra la universidad. Hoy tenemos unas directrices entre el Sistema Único de Salud, universidades católicas–privadas y la Universidad pública para el cambio de la formación, de la enseñanza y de la investigación. Luego cada una singulariza su reforma porque tienen un grado de autonomía. Una de esas direcciones es que el Sistema único es el principal mercado de trabajo para la mayoría de las profesiones. Hay que abandonar una formación de tradición norteamericana que pensaba prácticas muy específicas en consultorio, hospitales privados, de trabajo solitario de cada especialista porque en los sistemas públicos se trabaja en equipos de muchos profesionales. Por ejemplo, en la atención primaria inglesa y española se aborda una perspectiva generalista. Otra deliberación importante fue que toda la red pública del S.U.S. está disponible para pasantías e integración docente asistencial en el sentido de que todos son hospitales escuela, todos son centros de salud y potencialmente articulables. Ahora hay que hacer contratos por cada ciudad, por cada municipio, por cada efector, por cada materia, por cada carrera, tanto a nivel macro como micropolítico, y hacer un sistema de cogestión.

Hoy el S.U.S. está articulado por ley y el intendente de Campinas está obligado a crear esa dinámica que Rosana describía para ustedes. Esa fue una orientación. La otra orientación que propusimos en salud es formar profesionales bajo un diseño teórico pero muy práctico para aprender sobre clínica y salud colectiva, pero haciendo. Nosotros tenemos que hacer una reforma curricular con predominio de la teoría subordinada a la práctica y que esto comience en el grado lo antes posible. Para eso es necesario trabajar con grupos más chicos, en supervisión, con técnicas de apoyo y acompañamiento de docentes y tutores que son encargados de guiar la atención primaria. El S.U.S. destina algo de presupuesto a estos proyectos de integración docente-asistencial que Rosana comentaba.

Hay un plus para los docentes que trabajan con alumnos de grado y posgrado que están en campo en la atención primaria, en hospitales públicos, en centros de salud mental y otros. Esto se dirige a formalizar una ampliación de los escenarios de prácticas porque el médico y el psicólogo del futuro necesitan saber trabajar en atención primaria de la salud. Yo trabajo para la formación de médicos y enseñamos pediatría, clínica y salud de la mujer en hospitales generales, en atención primaria, en el terreno para la salud colectiva, en la vigilancia salud. Tenemos pasantías con cada carrera con una adecuación a sus especificidades.

¿Cómo es la reforma tras la reforma? Ese modelo de los sistemas nacionales de salud ya provoca una tensión paradigmática muy fuerte con la introducción de la atención primaria, con la valorización de la salud pública, promoción y salud colectiva. Hablo sobre la ampliación de los escenarios de prácticas que ya estaba en el Informa Dawson. ¿Dónde hacemos clínica? En el consultorio cerrado, en la casa de la gente, en la escuela, en la calle porque ya está ahí. Hay una idea de una práctica dinámica e integrada donde el psicólogo que trabaja en el CAPS, hace atención individual, atención grupal y acompaña un campeonato de fútbol entre locos y profesionales. Sin perder especificidad, acompaña una actividad donde hay conflicto, equipo, adversario, frustración, ganar-perder, y allí el psicólogo hace una reflexión sobre eso en acto. Y después en una reflexión grupal. Más tienen que hacer una reflexión sobre esta perspectiva de composición paradigmática.

Yo no creo que la salud colectiva sea un paradigma nuevo. Para nosotros la clínica ampliada y compartida con otro, el usuario entre nosotros es una metodología de composición partiendo de un problema al que le adjudicamos una estrategia de acción. Es necesario integrar salud colectiva y clínica. Incluso la subjetividad, como un todo bio-psico-social, con focos o núcleos distintos porque una cosa es el abordaje del psicólogo y otro el del fisioterapeuta. Todos estamos inmersos en la cultura y esto es todo un desafío para la construcción de nuestras prácticas.

Y quiero comentar algo. El S.U.S. no es la atención primaria, en realidad, ésta es una estrategia subordinada a la construcción de un sistema amplio e integrado de salud. No sé si me comprenden. Cuando empezamos con la atención primaria y la incorporación colectiva la gente que venía trabajando en ella necesitaba de una integración a un marco global en salud. Nuestra propuesta de cambio es para todos los niveles: en oncología, en una enfermería general o de niños, en una maternidad.

El CAPS está inventando una nueva clínica de atención psicosocial con especificidad en salud mental. Los fisioterapeutas y terapistas ocupacionales están extendiendo su atención hacia el cuerpo y el movimiento vía una red para gente grande con trauma, postrauma, cuadripléjicos, hemipléjicos, jóvenes accidentados en situaciones de tránsito, violencia en la calle. Es toda una



construcción como práctica que no pertenece a la atención primaria. Y es muy conservador, me parece, tener una postura de enojo desde la atención primaria hacia el especialista. La integralidad necesita de traumatólogos porque tienen un valor de uso que se tiene que sumar, con su núcleo de conocimientos, a la atención primaria y al derecho a la salud. El tema es como pensamos esta integralidad que apunte a la singularización.

En Brasil, en cada territorio, construimos centros de referencia de rehabilitación física, centros de salud mental que son los CAPS porque creemos que hay un montón de problemas que resuelven para el enfermo, para la sobrevivencia de los equipos de atención primaria y para la eficacia en la atención si parten de una integración y derivación de calidad. ¿Por ejemplo, un cuadripléjico donde es rehabilitado? En un centro de rehabilitación física y con aparatos que no pertenecen a la atención primaria, usuarios con secuelas de accidentes cerebro vasculares la guardia los deriva para rehabilitación en centros especializados y que están equipados para esta atención.

Por último, querría abordar el tema de la gestión. Tenemos una deuda con los sistemas públicos de salud en relación a los modelos de gestión de las organizaciones estatales que han demostrado, en el siglo XX, que son una mierda. No evitan la alienación, la corrupción, la utilización privada del sistema público por corporaciones de profesionales y por grupos políticos. Entonces, hay problemas en la universidad pública que el discurso neoconservador asimila según su conveniencia. Creo que tenemos que inventar otro modelo de gestión y ahí es necesario que se combine la salud y la educación en un grado más amplio de democracia. La cogestión entre trabajadores, usuarios y representantes del Estado.

Hay que implementar una verdadera democracia con el horizonte puesto en la responsabilidad sanitaria. Entonces, hablamos de macro, mezo y micro responsabilidad sanitaria. Macro responsabilidad sanitaria es el gobierno de la nación, provincia o municipio que tiene que brindar el financiamiento, el concurso público y la formación que articule con la universidad. Ustedes ya tienen acá la Ley de Salud Mental, yo la leí acá, y hay un 10% asignado del presupuesto de salud, no sé si es bueno o malo, pero son los modos de ir definiendo lo macro en relación con la responsabilidad sanitaria. La Mezo responsabilidad sanitaria implica depender de contratos y variables. Por ejemplo, relevar cuales son las posibilidades reales de un centro de salud, de un hospital general, como es su capacidad de atención, con que equipos cuenta, cuáles son sus posibilidades sanitarias en la articulación dentro de la red. Y la Micro responsabilidad sanitaria son los equipos y profesionales de referencia, la coordinación de los CAPS, que toman el cuerpo de personas concretas como portadoras responsables de la gestión en las organizaciones y esta acción no cuesta plata, pero, créanme, modifica muchísimo el panorama.

En Brasil, los gremios se enojan cuando decimos que hay que evaluar el trabajo. Esto es porque los burócratas quieren manejarse con indicadores propios para luego interpretar resultados a nivel central. Nosotros estamos tratando de realizar evaluaciones, pero en cogestión, hay que tener en cuenta que la construcción de los indicadores se realiza en forma compartida entre quienes serán evaluados, los trabajadores, los usuarios y la gestión con técnicos de la universidad y asesores. La interpretación de los indicadores –lo que el indicador indica no es la realidad– necesita de evaluar que si tenemos un resultado malo es porque hace falta equipo, y en este sentido, la demanda es decisiva. O hay una epidemia de dengue. O el tema de la violencia y el narcotráfico. Por eso el análisis de indicadores y su interpretación se deben

realizar de forma integral y participativa porque siempre hay un problema mayor que hay que considerar. Por último, hay que reconstruir una concepción de servicio público, pero, además, estamos intentando disminuir el poder de los gobiernos en las universidades y en los sistemas públicos de salud. Disminuir el poder no la responsabilidad. ¿Qué significa esto? Cogestión. Por ejemplo, en Campinas, los cargos de dirección de hospitales y centros de salud no son más una indicación de confianza del intendente o del secretario de salud, porque hay sistemas de concursos con jurados y luego pueden ser evaluados por su gestión y retirados de su cargo, correspondiendo al próximo que quedó con mérito para ocuparlo. Esta evaluación permanente habla de estabilidad en el sistema de salud en Campinas donde, en los últimos quince años, han rotado en la intendencia cuatro partidos políticos pero seguimos instalando el S.U.S.

Pregunta E. Fridman – Ahora la idea es abrir el intercambio y propondría que juntemos cinco preguntas y las acercan en forma escrita si no lo quieren preguntar directamente. Tengo una pregunta para Rosana. Tiene que ver con la atención en los hospitales generales que proponen la Ley provincial vigente y la Ley Nacional de Salud Mental. La pregunta apunta a saber, como en el marco de la reforma psiquiátrica brasilera, se piensa la situación de los hospitales generales y los nuevos dispositivos que se implementaron. Aquí también estaría esta noción de integralidad que planteaba Gastón en la cual se siguen sosteniendo especificidades y, en el caso de la salud mental, es central frente a un discurso que nos ha planteado durante mucho tiempo que la misma es una parte más de la salud pública.

Rosana O – Hay dos cuestiones. Cuando uno se hace una propuesta de organizar un sistema en esta tradición que Gastón plantea, por ejemplo, nosotros a los CAPS los consideramos servicios sustitutivos a la lógica manicomial, es decir, que sostiene un abordaje diferente de los casos graves de salud mental encerrando de por vida a la gente. Y aquí tenemos la discusión con el saber psiquiátrico, por ejemplo, cuando intentaba decir que hay una recreación y composición de estos saberes en relación con nuevas prácticas. ¿Hay un lugar para pacientes psicóticos con una situación de crisis subjetiva donde puedan ser alojados por un tiempo? Los CAPS 3 tienen esta posibilidad de hospedaje nocturno porque tienen camas donde la persona puede quedarse. ¿Cuál es la ventaja que los propios usuarios reconocen cuando hicimos estudios evaluativos de estos dispositivos? Ellos dicen que es mucho mejor ahora porque hay un lugar donde puede quedarse, lugar donde hay un equipo que conoce su historia. Allí hay una cuestión que es clínica, en el sentido de una continuidad de la asistencia que significa que, en el momento de su crisis con desorganización y fragmentación, la persona no pierde ni su vínculo ni su historia. No quiere decir que no sea necesario, para algunos casos, contar con camas en hospitales generales. ¿Cuáles son los casos en que se requiere de su derivación al hospital? Por ejemplo, usuarios que tienen varios tipos de enfermedades, es decir, casos en que además de la crisis psicótica, la persona tiene obstrucción pulmonar crónica que se descompensa porque no tomó los remedios, o es un diabético o tiene una insuficiencia cardíaca que no logra cuidar, o el adicional de complicarse con una situación adictiva –allá es muy común la complicación con el crack– y esto les produce un estado de debilitamiento y desnutrición frente al cual el CAPS no tiene la posibilidad de atenderlos clínicamente. Allí pensamos la atención en hospitales generales. Pero, por todo esto que venimos pensando, yo no estoy convencida que la atención en hospital sea la solución para pacientes crónicos. Seguramente es mejor la atención en un hospital general que en el manicomio, pero no es lo mejor desde el punto de vista de la especificidad clínica. Si



yo estoy planteando que estos usuarios necesitan de un acompañamiento y de que alguien los secretaríe para otras cosas no es un lugar deseable el hospital.

Pregunta – Me gustaría ampliar sobre el vínculo entre universidad–comunidad–sistemas de salud porque en la tradición argentina y, concretamente en Rosario, es un tema de gran complejidad. Ya sea a nivel de los residentes de pregrado o graduados de posgrado.

Pregunta – Nosotros en Argentina tenemos un proceso de cambio de paradigmas de algunas prácticas que están inspiradas en la protección integral de derechos, fundamentalmente, en el grupo etario infancia y adolescencia. Se están armando, recientemente a partir de cambios en la normativa, algunos dispositivos que cuestionan las prácticas instaladas y también la forma de organizar la gestión desde lo público. Sé que Brasil fue uno de los pioneros de lo que es sistema de protección integral de derechos en niñez y adolescencia, pero me interesaría, si pudiera profundizar, como articula el S.U.S. sus prácticas y sus objetivos, al momento de desarrollar políticas, con el sistema de protección de derechos para ese grupo etario. Y también consultarles si hay diferencias en relación con los objetivos propuestos para los adultos. Porque en la normativa nuestra hay marcadas resistencias. Fundamentalmente pensándolo desde un trabajo territorial que implica mucho esfuerzo y capacitación de recursos humanos.

Rosana O – Me parece que es central el establecimiento de contratos donde hay una prioridad definida y está en la ley orgánica del sistema único que los efectores son campos de aprendizaje y que hay una función inherente, al ser trabajador del sistema público, que es colaborar en la formación de graduación o posgraduación. Ayer estuvimos trabajando todo el día sobre esta cuestión en un taller con los docentes de psicología y no es fácil. Lo que nosotros como docentes le pedimos a un escenario de práctica es que tenga determinadas características porque eso es lo que los alumnos deben poder aprender. Para los trabajadores esto no se organiza de ese modo. La vida no se organiza en materias y ahí hay toda una cuestión de logística y de organización que, en la medida que se trabaja en conjunto para entenderle la lógica al otro, los conflictos bajan. En la gestión del proceso de formación también es parte del trabajo docente generar un espacio de mediación entre los efectores y los alumnos para articular la práctica.

En relación con la otra pregunta, en Brasil existe el estatuto del niño y el adolescente que crea un sistema de protección donde hay consejeros por regiones de la ciudad que constituyen un Consejo Tutelar que es activado frente a situaciones de riesgo para los niños. Funcionan los consejos y están a disposición en territorio. Ahora veamos la articulación con el sistema público de salud. Aquí retomo lo que dije anteriormente sobre la necesidad de revisar las prácticas para evitar su cristalización que está más allá del mucho o poco tiempo de existencia. Por ejemplo, por trabajar en el área de salud mental me ha tocado acompañar casos donde la intervención del sistema inventado para proteger a los niños produce una nueva violencia. En el caso de un barrio, hay un cierto juzgamiento moral de estas familias que se sitúan como problemáticas o de la madre que se señala como figura abandonada o no responsable. El tema es que cuando se va a ver el caso en profundidad nos encontramos con que el niño está en la calle después de salir de la escuela y no está con la madre porque todavía no volvió de trabajar. Y la política pública de educación en esos barrios tiene un déficit de lugares en las escuelas porque, a veces, están trabajando con tres turnos por los cuales puedo tener un chico que está saliendo a las 10.30 de la mañana y otro que ingresa a las 11 y sale a las 14. Entonces, qué madre puede organizar una vida laboral con esos horarios restrictos y no favorables para una dinámica familiar continua?

Allí el consejo se transforma en un juez moralizante, en vez de ser un recurso de protección al niño. Lo rescatable es como se pone rápidamente en situación. Por eso hemos desarrollado cierta prudencia antes de convocar al consejo porque no te ayuda a construir el caso.

Pregunta – Rosana en determinado momento vos hablaste de la importancia de lo cultural. A nosotros también nos está pasando que tenemos expectativas con relación a la formulación de estos marcos legales. Pero también la preocupación nuestra, y creo que hace referencia a lo cultural, es que estos marcos legales se transformen en destinos o caminos a seguir, y por eso la cuestión de repensar el escenario cultural, o el de formación, o el de las instituciones educativas, en relación, a cómo los creamos para generar experiencias áulicas que posibiliten la norma como referencia.

Gastón SC – Volviendo al tema de la mano de obra barata de los estudiantes, en Brasil, se ha tomado una actitud extrema porque está prohibido el trabajo ad-honorem. Entonces, los que están en las instituciones son trabajadores de planta o pasantes porque eso genera problemas. Esta medida extrema va en el sentido de la protección. Ahora, por ejemplo, Rosana lidera una residencia para formación en salud mental con muchos profesionales que trabajan en atención primaria o en los CAPS y los residentes tienen una beca o sueldo del S.U.S.

En relación con la pregunta anterior, hace cinco o seis años se creó en Brasil otro sistema de protección social muy inspirado en la lógica del Servicio Único de Asistencia y Protección social que contaba con trabajadores sociales en territorio, a quienes se sumaba los consejos tutelares y la representación electa de la comunidad. Verán que hay una proximidad política para el abordaje de problemáticas. En Brasil está prohibido el trabajo en menores de 14 años. Ahí en atención primaria, cuando voy con mis alumnos, me encuentro con familias inmigrantes que llegaron del campo donde los niños trabajan. Cómo no tenían vivienda ni trabajo comenzaron a hacer una colecta de basura reciclable. Tenían tres hijos en edad escolar. Por la mañana iban a la escuela y por la tarde salían con su papá y su mamá para la recolección. La gente de Trabajo Social intervino sacando la guarda de los hijos a los padres. Mientras nosotros, desde atención primaria, estábamos muy contentos con la capacidad de cuidado que estos padres intentaban construir hacia sus hijos, a la cual abordábamos con una paciencia diferente que el sistema jurídico no tiene. Nosotros no estábamos de acuerdo con el retiro de esa guarda porque queríamos evitar que los niños fueran derivados a una institución secundaria del sistema, como un orfanato o internado. Otro ejemplo, el Consejo Tutelar de Campinas llegó a la conclusión como una jurisprudencia, en tanto norma y no como una praxis, que las madres con dependencia química de crack, cocaína o heroína debían ser separadas de los hijos. Nosotros sostenemos que no es por esa dependencia adictiva que ninguna madre pueda ejercer su capacidad de cuidado con el hijo. Hay un riesgo, pero donde nosotros apostamos a una posibilidad de habilitación y de cuidado. Nosotros aprendimos a no realizar la notificación de dependencia en la historia clínica porque ahí la justicia es muy rápida y separa a la madre del hijo para adopción. Entonces, desde una perspectiva de la salud, cuando los trabajadores sociales hacen un diagnóstico de la dinámica familiar aplican la categoría de displicencia o descuido que implica intervención de la justicia sobre la familia. Nosotros nos proponemos un diagnóstico que busca mediar las dificultades que se tienen al vivir y que es el campo de la intervención terapéutica de psicólogos con el objetivo de una co-construcción de cuidados con recursos disponibles como terapia ocupacional, agentes de salud comunitaria que realizan visitas guiadas, el trabajo en grupos



desde la perspectiva de la educación para la salud y con algún recurso económico vía la beca por familia. Y este es un diagnóstico diferente.

Pregunta – Mi pregunta era sobre la situación actual del S.U.S. en Brasil, en términos de la composición y de los actores en juego. En mi opinión, aquí en Santa Fe hay como una convivencia pacífica entre el actor privado y el actor público. ¿Es posible un sistema único de salud progresista con una convivencia pacífica, dado que se impone una lógica mercantilista de la salud privada y eso afecta la salud de la población y la propia concepción de la salud, o la articulación intersectorial?

Pregunta – Podrían ampliar algo más sobre la implementación de los CAPS a partir del inicio de la reforma psiquiátrica.

Pregunta – ¿Las trabajadoras sociales forman parte del equipo interdisciplinario del S.U.S. o solo del Consejo Tutelar?

Gastón SC – Voy a hablar un poco sobre la relación de lo público y lo privado en el S.U.S. En Brasil, desde su constitución no hay un sistema único de salud, de hecho. Hoy están autorizadas las prácticas privadas de mercado. Entonces, hay una convivencia conflictiva entre el sistema público y el privado. Mas o menos el 30 % de los brasileros tienen seguro privado de salud. Hay un conflicto que se exacerbó. Al aprobarse la ley del Sistema Público de Salud todos los actores sociales que estaban por el mercado iniciaron una batalla que se trasladó al interior del S.U.S. En algunas ciudades, basado en una crítica a la capacidad de gestión de las organizaciones públicas, se está poniendo de moda una semiprivatización donde el usuario que queda en el S.U.S. también puede acceder a una ONG o a un grupo de iglesia y otros. La gente muy conservadora propone que el papel de la gestión estatal sea solo de regulación. Podríamos pasar todo al sistema privado, incluyendo la atención primaria. Nosotros no estamos de acuerdo con esto.

Además de esto hay una pelea cultural e ideológica. El S.U.S. tardó mucho en llegar y eso repercute en que la gente ha sido muy maltratada. Además, su implantación es heterogénea ya que hay ciudades donde avanzamos mucho porque hay poca cola, hay acceso a una atención primaria con el 70% de cobertura, hay trasplantes, hay calidad de servicios hospitalarios y de CAPS pero hay otras ciudades donde comienzan recién ahora, como Río de Janeiro. También tenemos una mirada muy burocrática. Fíjense como garantizamos el derecho: el estado designa quien realizará el prenatal de una embarazada, el estado designa quien será mi equipo de salud en familia, es decir, que la posibilidad elección y de integración es muy baja porque tenemos una visión autoritaria. La gente quiere construir ciudadanía y se encuentra con esto.

En Brasil, en los últimos 5 o 6 años hubo una dinamización de la economía que generó una beca por familia como un sueldo por desempleo, y los sueldos actuales también están por arriba de la inflación, entonces hay un mercado interno muy fuerte y la gente empezó a tener plata para viajes, mejoró su alimentación, lo cual es muy importante y abre una nueva expectativa, en relación, a cómo resolveremos los problemas de salud. Hoy también puedo acceder a un seguro privado. Entonces, hay una división del imaginario de la población brasilerá. Hace muy poco estuvimos haciendo una encuesta preguntando si prefiere apostar en el S.U.S. como política pública o comprar un seguro privado. ¿Saben que respondieron los brasileros? Los dos. Queremos hacer el juego nosotros. Por eso también el juego de los médicos y enfermeros que, en un 80% trabajan en el S.U.S. pero la mitad también está en la privada. No se ve en las otras

profesiones ese mix.

Con relación a la otra pregunta, hay trabajadoras sociales en la planta del S.U.S. Algunas municipalidades proponen una intersectorialidad para CAPS, para hospitales, para cuidados paliativos pero no para la atención primaria. Muchas gracias.

Rosana O – Voy a contestar la pregunta sobre como empezaron los CAPS que puede ser un estímulo para inventar algo. En Brasil, antes de que se reglamenten estos Centros de Atención Psicosocial, había ya algunas experiencias en diversas municipalidades. En la ciudad Santos, ícono de la reforma psiquiátrica, y en la ciudad de San Pablo estuvieron las experiencias piloto que fueron contagiando otras ciudades. La reforma sanitaria está muy relacionada con la historia del Partido de los Trabajadores que tenía un programa de salud que se iba llevando de municipalidad en municipalidad. En el año 2000, desde el Ministerio de Salud, se reglamenta un funcionamiento con estos tres tipos de centros de atención. CAPS1, 2 y 3 que varían según el tipo de cobertura territorial que pueden tener, si están abiertos a la noche o no, la cantidad de equipo que tienen y el Ministerio comienza a pagar una especie de estímulo a las municipalidades para viabilizar la apertura de estos servicios. Esto demuestra que en Brasil tenemos estrategias de institucionalizar prácticas y gestionar implementaciones para que la política pública avance. Muchas gracias.