
La enfermedad como fenómeno social y las cuentas pendientes del Sistema de salud de Brasil

Presentación de la entrevista al médico especializado en Medicina Preventiva, Emerson Elías Merhy

Cecilia Molina

cmolina@isg.org.ar

Se presenta una entrevista de Verónica Engler publicada en el diario Página 12 el 19/9/2016¹ a Emerson Elías Merhy, uno de los más destacados médicos sanitarios brasileños e impulsor del movimiento de la *Salud colectiva*² con fuerte desarrollo en su país y en México.

Doctorado en Salud Colectiva en la Universidad de Campinas, Merhy trabaja como profesora en la facultad de Medicina de esa universidad y en la Universidad Federal de Rio de Janeiro. Su trayectoria en gestión institucional de salud y en gestión de la educación en salud lo vuelve una voz autorizada. En relación a este último punto, tiene una visión crítica sobre lo que sucede actualmente en su país. Dice Merhy: *“en la salud tenemos hoy una vuelta de la biomedicina muy fuerte, y de una biomedicina muy privatista. A mí me parece que tiene que ver con la pérdida de nuestra capacidad de disputar la formación profesional. Disputamos la organización de los servicios de salud, pero perdimos en la universidad la capacidad de modificar la formación. Los biomédicos privatistas dominaron las escuelas médicas”*.

En la conversación que transcribimos a continuación Merhy también reflexiona sobre luces y sombras de la Reforma Sanitaria respaldada en la reforma de la Constitución

¹ Ver nota en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-309729-2016-09-19.html>

² La salud colectiva es un campo interdisciplinario donde confluyen diversas perspectivas en torno al objeto complejo que representa la salud enfermedad y las formas como la sociedad se organiza para enfrentarla. Como campo científico y de acción en desarrollo recupera los mejores aportes de la salud pública, la medicina social, las ciencias sociales y la biología para afrontar los nudos problemáticos, no resueltos de la salud y la enfermedad. Se define por dos objetos particulares: a) el proceso salud-enfermedad y muerte con las determinaciones y la distribución de los problemas de salud en los grupos humanos a partir de dimensiones sociales y b) las respuestas que la sociedad genera para dar respuesta a ese proceso. Tiene como puntos de referencia en América Latina el núcleo de la Universidad Autónoma Metropolitana de México y la Universidad de San Pablo, en Brasil. Mantiene desde sus orígenes, en la década del 70 del siglo pasado, a raíz del movimiento de reforma sanitaria de Brasil, un compromiso explícito con procesos políticos que se centran en las necesidades de los grupos sociales subordinados y subalternos de la sociedad. Caracterización a partir de Jarillo Soto, E. & Guinsberg E. (edit.) (2007) Temas y desafíos en salud colectiva 1ª ed. Buenos Aires. Lugar Editorial (pp. 9-17)

Federal de 1988, que sancionó el derecho a la salud como derecho de ciudadanía y dio pie a la creación del Sistema de Salud Unificado de Brasil (SUS)³.

Cómo se da el encuentro entre el usuario del servicio y un equipo, cómo en ese encuentro el equipo maneja su saber y su no saber sobre la vida del usuario, cómo el usuario maneja su saber y su no saber en la relación con el equipo, y cómo ahí se ubica una práctica de cuidado o de no cuidado en el campo de la salud? son las preguntas que hace Merhy.

Por Verónica Engler

Docente e investigador de la Universidad Federal de Río de Janeiro (Brasil), el doctor Emerson Merhy visita regularmente la Argentina desde hace un par de décadas. Da clases en el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, y cada vez que viene aprovecha para recorrer hospitales y entrevistar a los diferentes actores que suelen conformar el sistema de salud: médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, fisioterapeutas, psicólogos/as y empleados/as administrativos, entre otros. Le interesa conocer de qué manera trabajan, de qué forma experimentan un cotidiano laboral que implica, en mayor o menor medida, el cuidado del otro. Estas cuestiones son las que interesan este sanitarista atípico que viene pregonando desde los años setenta por una medicina que se ocupe no tanto de los individuos como de los grupos poblacionales, y que propone que la construcción de la salud no es una cuestión de la que deben hacerse cargo exclusivamente los médicos, el saber especializado, sino la comunidad en su conjunto.

³ En una reflexión sobre los retos que han surgido durante los más de 20 años de desarrollo Sistema Nacional de Salud Amelia Cohn (2009) ya advertía que a pesar de que la democratización de la salud es un término constante en la literatura, hay un efectivo proceso de despolitización en la sociedad y en el sector académico en su país. “Por esta despolitización se olvidan cuestiones centrales como el contenido de la universalización y sus alcances, y las consecuencias de la incorporación de la lógica del sector privado al de la salud, no sólo en cuanto a la producción y la regulación de los servicios sino, sobre todo, con respecto a cómo se construyen en el campo de la salud las relaciones público privadas y el papel que juegan el Estado y la sociedad en esta construcción colectiva”. Por eso para Cohn es clave rescatar la dimensión política y el contenido social de la salud como objeto de acción emancipadora frente a la tendencia actual a la tecnificación de las políticas. Valiéndose de la descentralización como ejemplo, recuerda que la misma fue planteada en Brasil, hace dos décadas, como un factor democratizador, capaz de facilitar una mayor coherencia entre las políticas de salud y las necesidades de salud reales de la población y principalmente como un factor que permite ejercer una mayor participación social. EN COHN, A (2009) A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(7):1614-1619.

Usted formó parte de un grupo de profesionales de la salud que en la década del setenta en Brasil conformó el movimiento de la salud colectiva, en el que forjan una propuesta alternativa a la biomedicina, que es la que mayoritariamente se practica en nuestros países. ¿Cómo fue el inicio de este movimiento y cuál era la visión?

Yo me recibí de médico en 1973, en plena dictadura militar, que empieza en 1964 (y concluye en 1984). Entonces, muchos de mi generación hacemos una opción por una lucha más social, de izquierda, por la democracia, contra la dictadura. Teníamos una idea de que la construcción de la democracia era también una construcción democrática en los distintos campos de lucha social. Y en la salud en particular conseguimos juntarnos profesionales médicos y no médicos, y mezclamos mucho nuestra experiencia de lucha en nuestra práctica profesional con la lucha de los movimientos sociales. En las grandes ciudades, como San Pablo, donde yo trabajaba, trabajábamos en conjunto con las organizaciones barriales y gremiales, en una lucha contra la pobreza. Y en esta lucha, por ejemplo, una de nuestras prioridades era una vida en los barrios con agua potable, porque no había agua limpia, con transporte para los trabajadores, con salud y educación. Esta mezcla entre los distintos sectores constituye en la salud un movimiento interesante, muy fuerte, que empieza a luchar por una reforma sanitaria en Brasil. Hacíamos una crítica de las políticas de salud del gobierno militar, que eran muy fragmentarias. No teníamos un ministerio de salud donde se ubicaran todas las políticas de salud. La salud de los trabajadores pertenecía al ministerio de trabajo o la salud de los escolares al ministerio de la educación. Nuestra crítica apuntaba a esa la fragmentación, pero también al conocimiento en la salud pública, lo que se producía sobre la situación de salud de la población.

¿Qué era lo que criticaban en particular?

Criticábamos que la salud pública en Brasil era una experiencia muy alejada de la manera cómo la gente vivía y con poca capacidad de producir conocimiento sobre la realidad efectiva, los modos de vivir. En los años 70 en San Pablo teníamos una mortalidad de cien niños por mil que nacían en un año, es una cifra enorme. Hoy con una mortalidad de veinte cada mil niños ya nos asustamos. La salud pública no tenía una mirada de que el desarrollo de la política de salud caminaba en conjunto con la construcción de la democracia, tenía una mirada muy tecnocrática. Entonces pudimos unificar una red de diálogo muy fuerte en distintas provincias de Brasil, sobre la necesidad que teníamos de formular nuevos conocimientos, con nuevos referentes, con nuevas miradas, con una crítica más radical de la manera cómo se comprendía lo que era una enfermedad. Proponíamos la idea de que la enfermedad es un fenómeno social, no un fenómeno biológico, y que su expresión depende fundamentalmente del modo de vivir de la gente. Y así nos alejamos de la idea de la salud pública y empezamos a hablar de salud colectiva, nos preguntábamos cómo la enfermedad existe en los colectivos, qué relaciones tiene la enfermedad con los grupos sociales, cómo la sociedad capitalista produce enfermos. Entonces el movimiento de la salud colectiva en Brasil empieza como un movimiento social, no como un movimiento

académico, ubicado en las luchas contra las dictaduras y la lucha contra el conocimiento oficial que la biomedicina constituyó.

¿Qué nuevas prácticas comenzaron a implementar en los equipos de salud?

Trabajábamos en la periferia de la ciudad de San Pablo, nos ubicábamos en los barrios, junto con los hombres y las mujeres, vivíamos ahí donde atendíamos como profesionales. Yo, por ejemplo, empezaba mi jornada en el servicio de salud por la mañana, por la tarde hacía reuniones con los representantes sindicales que había en el barrio, con las mujeres que se organizaban en la lucha por escuelas, por salud, construíamos movimientos barriales, hacíamos una red de encuentros. Entonces, en lo cotidiano empezamos a hacer un trabajo fuertísimo de nuevas prácticas de salud junto con la población, pero de nuevas prácticas organizacionales contra una política que no reconocía los derechos de la salud. Por ejemplo, intentábamos cambiar de una manera muy fuerte la formación de cómo los equipos de salud se constituían, trabajábamos en forma más horizontal, en equipos en donde no se instituía una jerarquía muy clara entre médicos y la enfermería, donde la circulación del conocimiento era más democrática. Otra cuestión importante era construir espacios de aprendizaje junto con la población, y nuestro referente era Paulo Freire.

Ustedes comenzaron una experiencia en la que los mismos pobladores integraban la coordinación de los servicios de salud de cada barrio, ¿verdad?

Sí. Empezamos a construir la experiencia de control social de los servicios. Eso es fuertísimo no solamente porque implica una relación más democrática entre los trabajadores sino también una relación distinta entre el movimiento de los pobladores y los servicios. Lo hicimos en la región este de la ciudad de San Pablo, una región muy enorme, con una población enorme, que hoy tiene cuatro millones de habitantes y en esa época éramos alrededor de dos millones. Teníamos muchos centros de salud, y organizamos con la población una división regional de representación, entre los pobladores y los equipos de salud. Hicimos una elección para que los pobladores eligiesen sus representantes en cada centro de salud, nosotros como profesionales nos juntábamos con los representantes y construíamos los planes de acción. Me acuerdo en particular de una elección que hicimos un día domingo, en la que se movilizaron más de cien mil pobladores para votar a sus representantes de diez centros de salud. Y en cada centro construíamos planes con la población de lo que íbamos a hacer en el campo de la salud, por ejemplo campañas para erradicar roedores que transmiten enfermedades, o por el agua potable, o acciones en las escuelas con los niños para construir prácticas de salud escolar. Luego, con el retorno a la democracia, se incorpora en nuestra Constitución, en 1988, el tema del control social para las políticas de salud.

¿De qué manera se involucraron con la reforma psiquiátrica en los años 80?

Antes de terminar la dictadura comenzamos con la discusión sobre una sociedad sin manicomio, con una mirada que ponía en el centro de nuestra práctica no en la enfermedad sino en la producción de la vida de la gente como una producción colectiva. Nosotros aprendimos con la reforma psiquiátrica italiana de Franco Basaglia, que fue a Brasil y participó de muchas discusiones. Aprendimos que la enfermedad es importante pero que para que se produzca la vida, hay que dejar la enfermedad un poco afuera. Por ejemplo, un esquizofrénico es mucho más que un esquizofrénico, es un artista, un trabajador, un artesano, es compañero, tiene pareja. Entonces empezamos a no nombrar la esquizofrenia como el núcleo principal de nuestra práctica de cuidado. La idea es que nuestra práctica de cuidado potencie la producción de nuevos sentidos en el vivir, nuevos mundos para sí, a pesar de la existencia de la enfermedad. Esta experiencia de la reforma psiquiátrica también nos enseñó en nuestra experiencia de la reforma sanitaria.

En los años 90 en Brasil se da un proceso de expansión de la salud pública, contrario a lo que sucedía en Argentina en donde se daba un achicamiento de lo público y un crecimiento de la medicina privada. ¿Qué lugar tenía la visión de la salud colectiva en esa expansión?

Siempre hubo una pelea fuertísima. Por un momento, la biomedicina se miraba más como una disputa, como si fuese el servicio privado versus el público, después no tanto. Después la biomedicina también se ubicó por dentro de los servicios públicos. Hoy predomina la visión de una medicina privatista en las escuelas médicas en general en Brasil. Es una mirada muy estrecha de lo que es la práctica de cuidado, que tiene que ver con el comercio. Hoy tenemos una dificultad enorme en mantener la construcción que hicimos en los años 90, porque hay un movimiento muy fuerte, muy privatista, con los médicos al frente. Estamos viviendo una situación muy crítica, que a mí me parece que es la destrucción del Sistema Único de Salud (el sistema universal de salud pública de Brasil). Entiendo que hoy estamos así porque la izquierda brasileña perdió su capacidad de renovarse, y adhirió a cosas que a mí me parece imposible, como imaginar que un estado capitalista podía ser un estado de transformación social. Entonces, en la salud tenemos hoy una vuelta de la biomedicina muy fuerte, y de una biomedicina muy privatista. A mí me parece que tiene que ver con la pérdida de nuestra capacidad de disputar la formación profesional. Disputamos la organización de los servicios de salud, pero perdimos en la universidad la capacidad de modificar la formación. Los biomédicos privatistas dominaron las escuelas médicas. Y esto es una paradoja. Al mismo tiempo que nosotros con los movimientos sociales desarrollamos cambios importantes en la salud, no hicimos lo mismo que en la educación. Hasta hoy la universidad pública brasileña es reglada por la ley de la dictadura.

Usted también plantea la idea de que el paciente debe participar en la formulación de su proyecto terapéutico.

Sí, claro. En este sentido, en los años 90 tuve la suerte de poder participar de algunas de las experiencias en grandes ciudades, como Campinas, San Pablo o Belo Horizonte. En esa época hubo un crecimiento importante de la estructura pública y empezamos a ver cómo cambiar la práctica biomédica que teníamos de una manera muy fuerte por las prácticas que experimentamos en el momento de la salud colectiva, de una horizontalización mayor en el equipo y una democratización con la gente, en la atención, en la posibilidad de que ellos participen en la formulación de su propio proyecto terapéutico. La idea era que la persona que se venía a atender, con su experiencia, con su conocimiento de vivir, construiría con nosotros su proyecto terapéutico. Era una ruptura del dominio de un saber único sobre la vida del otro.

Usted desarrolló el concepto de trabajo vivo en acto en el campo de la salud, que considera que en la tarea de cuidar los trabajadores y las trabajadoras toman decisiones individuales que determinan la calidad de la atención que brindan. ¿Podría desarrollar el concepto a partir de las investigaciones que usted realiza?

Participé de muchos encuentros con los trabajadores, y a mí me inquietaba mucho la idea de que en los mismos servicios, en un equipo con las mismas reglas, con los mismos sueldos, con la misma jornada de trabajo, no todos trabajaban de una manera igual. Yo tenía una mirada muy marxista y no conseguía comprender esa situación con la teoría que yo tenía del trabajo: cómo los equipos de trabajadores en la misma normatividad trabajan de manera distinta en la construcción de un proyecto terapéutico. Entonces empecé a elaborar una problematización de la teoría que interroga la relación entre el trabajo vivo y el trabajo muerto. La mirada marxista tiene una formulación conceptual que supone que juntamos trabajo muerto con trabajo vivo. Trabajo muerto es el producto de un trabajo, como la silla en la que estoy sentado, en la que antes había trabajo vivo. Entonces, yo imaginé en el cotidiano cómo el equipo de salud hacía la gestión de su trabajo vivo. Y encontré que en la práctica de cuidado hay un trabajo vivo en acto que es cuando el trabajador elige qué va a hacer. Bajo la misma normativa, en el mismo edificio, en el mismo horario, un trabajador puede hacer una manera de cuidado diferente a la que realiza otro. Entonces empecé a estudiar lo que hoy nombro como la micropolítica del trabajo vivo en acto, que es la manera cómo el trabajador maneja su trabajo vivo en acto con sus éticas, con su idea de qué es la vida del otro, y construye una experiencia muy singular.

En la Argentina, pero no solamente aquí, se detecta que el primer lugar de expulsión de las personas del sistema de salud se ubica en la ventanilla de admisión de los hospitales. En esa instancia se da el encuentro entre un empleado administrativo y la persona que quiere atenderse en el hospital.

Sí, esto también es muy común en Brasil, es un fenómeno importante. Esto es así porque creo que hay un esfuerzo de burocratización del proceso relacional para no permitir el acceso del usuario en ciertos niveles de atención. Pero hay una cosa todavía más perversa, y es al revés: que se permita al usuario entrar al servicio para que después no pueda circular hasta llegar a la atención que necesita. Cuando investigamos en el cotidiano, lo que encontramos es que los trabajadores, en algunas ocasiones, de una manera muy clandestina posibilitan otros flujos que permiten desbloquear la propia burocracia. Entonces, muchos trabajadores le imponen las reglas al usuario, pero cuando se involucran con ciertos usuarios crean una cierta clandestinidad por su trabajo vivo, van haciendo quiebres en los bloqueos, e inventan flujos nuevos para que esa persona acceda a la atención que necesita. Hay una tensión muy fuerte entre lo colectivo y lo individual en la práctica de cuidado, y los trabajadores de la salud, con el manejo que tenemos del proceso relacional, nos podemos implicar de una manera muy fuerte con la vida del otro, pero también podemos apartarnos y decirle al otro este es su problema, a mí no me interesa. Hay experiencias que hicimos que nos muestran que cuando hay una gestión colectiva del proceso de trabajo y las decisiones individuales pueden ser puestas en común en un espacio de diálogo, hay mayor posibilidad de construir en el equipo de salud una gestión más particular del trabajo. Esto es fundamental para que podamos comprender nuevas posibilidades en la gestión de las organizaciones.