

Conversaciones sobre lo público

Desafíos del trabajo social en la construcción de un sistema de salud universal y democrático en América Latina.

Lecturas actuales del proceso brasileño.

Juan Pablo Burwiel y Bárbara García Godoy entrevistan a Marco José de Oliveira Duarte



Esta sección se propone habilitar conversaciones con quienes, por su trayectoria profesional, son referentes en la construcción de lo público, tanto por su rol como intelectuales como por su despliegue político y su capacidad para la intervención. En este diálogo participan Marco José de Oliveira Duarte entrevistado por Juan Pablo Burwiel y Bár-

bara García Godoy docentes de la asignatura Derecho a la Salud de la Carrera de Trabajo Social UBA. Marco José de Oliveira Duarte es trabajador social, psicólogo y sanitarista brasileño, magíster en Trabajo Social por la Universidad Federal de Río de Janeiro (UFRJ), doctor en Trabajo Social por la Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ), Pos-

doctor en Políticas Sociales por la Universidad Católica del Salvador (UCSAL) y Posdoctor en Psicología Social por la UERJ y el ISCTE-IUL-Portugal. Actualmente colabora con el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Mental y del Programa de Posgrado en Trabajo Social (PPG-SS) y es profesor de la Facultad de Trabajo Social de la UFJF y de su PPG-SS (Maestría y Doctorado).¹

Fecha de realización: 17 de marzo 2025.

Referencias:

(B) Juan Pablo Burriel y (GG) Bárbara García Godoy; (MAJODU) Marco José de Oliveira Duarte.

B y GG: Muchas gracias Marco José por posibilitarnos este intercambio. Para iniciar, ¿cómo podrías describir brevemente el Sistema de Salud de Brasil? ¿Qué aspectos podrías resaltar del mismo?

MAJODU: Cuando hablamos sobre el sistema de salud de Brasil, es necesario hablar del Sistema Único de Salud, el SUS. Así que comenzaré con algunas consideraciones, sin referirme a toda la complejidad histórica y política que precedió a la construcción del SUS. Por lo tanto, el primer aspecto a resaltar es que sólo es posible abordar el Sistema Único de Salud porque éste es una apuesta, un proyecto, un producto, fruto de la organización política de un movimiento social llamado movimiento sanitarista, formado por trabajadores/as, usuarios/as, académicos e intelectuales del campo de la salud pública (que en aquel momento se comenzaba a identificar y esbozar una propuesta de salud colectiva, una ruptura epistemológica y paradigmática con el pensamiento conservador en salud), que en el final de los años setenta confluyeron en lo que se denomina defensores de la Reforma Sanitaria. La propuesta, justamente, tomó como bandera el lema "Salud: derecho de todos y deber del Estado". De este modo, Brasil se propone implementar un sistema público universal que incluya al sector privado. Esta es otra característica del sistema, el SUS, lo público y lo universal.

En este sentido, históricamente, en 1986, se organiza la VIII Conferencia Nacional de Salud (CNS), con participación popular, y en su informe final se registra su hito fundacional e histórico, que servirá para incluir el capítulo de salud en la nueva Constitución brasileña. Tras finalizar la Dictadura Civil-militar-empresarial, la

conocida como "Constitución Ciudadana" fue promulgada en 1988. En ella se establece que la salud es "un derecho de todos y un deber del Estado", así como los principios del SUS, que son: Universalidad, Integralidad y Equidad. Además de sus directrices, tales como: Descentralización, Participación y Control Ciudadano.

Por lo tanto, cuando estamos tratando del sistema de salud, otro aspecto importante, es esta característica de un sistema único de hecho, con poder descentralizado, con participación popular, y esto se va a dar de forma concreta en los Consejos Nacionales, Regionales, Municipales y Locales de Salud; en las Conferencias Nacionales, Provinciales, Regionales y Municipales de salud y en las instancias colegiadas que negocian y deciden sobre la gestión del SUS; como las Comisiones Locales y las intergestoras bipartitas para las provincias de la federación (con representación de las secretarías municipales y de los ministerios provinciales de los respectivos gobiernos provinciales) y las tripartitas, a nivel nacional (que representan a las secretarías municipales, los ministerios provinciales y al Ministerio de Salud de la Nación).

En este contexto, la asistencia sanitaria se organiza desde el primer nivel, en unidades básicas de salud, en el territorio donde vive la población, hasta los niveles especializados y de alta complejidad, tercer y cuarto nivel, pasando, inclusive por el nivel de atención secundaria y especializada, a pesar del corte epidemiológico, muchas veces centrado en la enfermedad/patología, como por ejemplo los diversos tipos ambulatorios, hospitales de día, algunos regionalizados o aún administrados por consorcios intermunicipales.

1. Agradecemos a Mariana Camilo de Oliveira, quien generosamente colaboró en la traducción de esta entrevista.

Por supuesto, toda esta construcción tiene respaldo legal, empezando por la Constitución brasileña, que se estableció mediante la Ley N° 8.080/1990 y la Ley N° 8.142/1990, que llamamos Ley Orgánica de Salud (LOS). Éstas regulan la gestión, la organización y el funcionamiento del SUS, la financiación del SUS, la participación y el control ciudadano del SUS. Sin embargo, a pesar de la redemocratización, las elecciones directas, la nueva Constitución y tantos derechos consagrados en ella, desde la década de 1990, el neoliberalismo es una realidad en el contexto político y económico nacional e internacional. De ahí que resulta un desafío implementar y desplegar el SUS, asumiendo la salud como un derecho social garantizado, como un eje en la calidad ciudadana del pueblo brasileño.

Por lo tanto, todo el proceso de implantación del SUS, especialmente la municipalización de la salud, desde su inicio hasta la actualidad, siempre ha estado atravesado por contradicciones y ambigüedades como la mala asignación de fondos, la falta de financiación para el sector, la precariedad de las condiciones de trabajo y de las relaciones de los trabajadores, la privatización de la salud, etcétera. Por eso, los conflictos políticos entre proyectos de sociedad y concepciones de salud (desde un concepto ampliado basado en la determinación social de la salud y en el pensamiento social crítico en salud), tienen en la arena del SUS, en el día a día del trabajo en salud, de la gestión del trabajo y de la política de salud el ámbito propicio para estos conflictos y disputas; porque los bandos enfrentados se materializan en propuestas y temas que oscilan entre defender la universalidad de lo público o su privatización, que implica la desfinanciación del SUS público.

B y GG: ¿Qué relación se puede establecer entre el SUS y la participación ciudadana en su constitución? ¿Cómo se dio este vínculo en los últimos años?

MAJODU: Creo que ya he respondido en cierta medida a esta pregunta, pero es necesario reforzar e introducir otros temas para una mejor comprensión. En primer lugar, y en este sentido, reforzar que no se puede tener salud sin democracia. La salud es democracia, por lo tanto la salud es ciudadanía, es uno de los derechos sociales. Desde el movimiento Sanitarista y de la reforma sanitaria, defendemos, tal como está establecido en la Constitución Brasileña de 1988 en el art. 196, que “la salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado a través de políticas sociales y econó-

micas destinadas a reducir el riesgo de enfermedades y otros perjuicios y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”. En el sentido de reglamentar el mencionado derecho constitucional, la Ley Orgánica de Salud establece en su artículo 2 que “La salud es un derecho fundamental del ser humano y el Estado debe proveer las condiciones indispensables para su pleno ejercicio”. En el párrafo 1º señala que “El deber del Estado de garantizar la salud consiste en formular y ejecutar políticas económicas y sociales dirigidas a reducir el riesgo de enfermedades y otros perjuicios y establecer las condiciones que aseguren el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”. La lógica estratégica de la reducción de los perjuicios y daños a la salud como política sanitaria también está a la orden del día.

Como resultado de la VIII Conferencia Nacional de Salud (1986), en su informe final se revela un concepto ampliado de salud que, según el documento, establece que “la salud es el resultado de las condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, esparcimiento, libertad, acceso y propiedad de la tierra y acceso a los servicios de salud”. Aunque esta definición no esté incluida en la Constitución Nacional, sí lo está en la Ley Orgánica de Salud (8080/90), en su artículo 3º, cuando dice que “La salud tiene como factores determinantes y condicionantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, el ingreso, la educación, el transporte, el esparcimiento y el acceso a los bienes y servicios esenciales; los niveles de salud de la población expresan la organización social y económica del país”.

Podemos afirmar que el concepto ampliado de salud acuñado por el movimiento sanitario brasileño presenta una ruptura con el elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades”. Esta crítica proviene del pensamiento social crítico de la salud latinoamericana, en el que participan diversos intelectuales de Brasil, Argentina, México, etcétera, como Sergio Arouca, Madel Luz, Emerson Merhy, Cecilia Donnangelo, Juan Cesar García, Mario Testa, Dalton Mario Hamilton, Jaime Breilh, Asa Laurell y otros.

Así, se configura un país con sus huellas estructurales colonialistas y racistas, de una democracia joven, con

una historia de golpes de Estado y regímenes autoritarios, que ocupa una posición periférica en el capitalismo mundial, con una industrialización parcial y una economía dependiente del sector terciario, susceptible a múltiples crisis, marcado por la concentración de riqueza y profundas desigualdades sociales, sexuales, raciales, de género, territoriales, entre otras. En las últimas décadas, la población, el país y el SUS han padecido gravemente los efectos de las transformaciones del capitalismo, manifestadas en la financiarización, el ultraneoliberalismo, la extrema derecha, el neoconservadurismo y sus discursos fascistas y de odio, acompañados de una mínima inversión en lo social y lo público, el desfinanciamiento de las políticas públicas y programas sociales, agravado todo ello por el impacto sanitario y político de la pandemia de COVID-19 y las políticas de muerte y negacionismo del entonces gobierno de Bolsonaro, en sintonía con la ola reaccionaria global.

B y GG: ¿Qué modificaciones o transformaciones tuvo el sistema de salud durante la gestión de Bolsonaro?

MAJODU: Cabe destacar que el gobierno de Bolsonaro, en sí mismo, ya fue un desastre para el campo democrático, a pesar de haber sido elegido por el pueblo brasileño, tal como están viviendo ahora con Milei. Fue una gestión reaccionaria, de extrema derecha y fascista, que no está al servicio de lo público y cuyo proyecto es la privatización total de los servicios del Estado. Lo cierto es que el gobierno de Bolsonaro (2019-2022) es heredero del gobierno conservador y golpista de Michel Temer (2016-2018). En 2016, Temer asumió la presidencia tras el "impeachment" de la presidenta Dilma Rousseff (2011-2014; 2015-2016), y su primer triunfo, de este pacto golpista, en el Congreso Nacional, fue la aprobación de la Enmienda Constitucional n.º 95 (la "enmienda del recorte de gastos"), que limita el techo de gasto público principalmente en salud, sin ajustes durante 20 años.

Esto no hizo más que agravar el problema histórico de financiamiento del SUS, que desde 1990 nunca ha contado con los recursos necesarios para cumplir con todos los desafíos que fueron establecidos, menos aún en un contexto neoliberal. De hecho, entre 1990 y 2022, los fondos siempre fueron insuficientes en relación a las necesidades, y con Temer y Bolsonaro este proceso se profundizó debido al tope de gastos, lo que históricamente se tradujo en más desinversión, desmantelamiento y un SUS aún más debilitado en financiamiento,

calidad y capilaridad. Todo ello reforzó la defensa e implementación de un proyecto privatizador y de destrucción del SUS, típico de la extrema derecha y su discurso de muerte.

Cabe resaltar que la única medida del gobierno de Jair Bolsonaro para ampliar el presupuesto del SUS fue en 2020, durante el primer año de la pandemia de COVID-19. Y esto ocurrió principalmente debido a la presión popular, de los sectores mediáticos, de la prensa y de los intelectuales. Recordemos que en marzo de ese año, Brasil, siguiendo a la OMS como muchos otros países, declaró el estado de emergencia pública. Esto permitió superar el límite de gastos, no solo en salud, sino también en educación y asistencia social (con subsidios y prestaciones gubernamentales de emergencia). Sin embargo, incluso así hubo atraso en la aplicación de dichos recursos y prestaciones, creando un ámbito de disputa entre el Congreso y el Poder Judicial por un lado, y el Ejecutivo Nacional por otro. Frente a esta política de destrucción y muerte, el sistema de salud colapsó. Durante el gobierno de Bolsonaro, que duró cuatro años, la cartera de Salud tuvo exactamente cuatro ministros: Luiz Henrique Mandetta (Partido Unión Brasil) - 2019/2020; Nelson Teich (sin partido) - 2020; Eduardo Pazuello (Partido Liberal) - 2020/2021; y Marcelo Queiroga (Partido Liberal) - 2021/2022. Esta rotación en la gestión del Ministerio de Salud, en medio de la mayor crisis sanitaria del siglo, puso en evidencia la ineficiencia y el descuido en el manejo de la salud colectiva pública brasileña.

B y GG: ¿Qué efectos o impactos tuvo en la población?

MAJODU: Para comprender los efectos e impactos en la población, es fundamental destacar que, entre 2019 y 2022, especialmente durante el gobierno de Bolsonaro, atravesado por la pandemia de COVID-19, los retrocesos en las políticas de salud estuvieron acompañados de una reestructuración de políticas, departamentos y cargos del Ministerio de Salud, que incluyó la eliminación de algunos sectores. Esto afectó directamente la política de salud, pero principalmente el deterioro en la salud de la población, además de los efectos nocivos de todo el (des)gobierno.

De este modo, se despidieron técnicos de diversos sectores internos del Ministerio de Salud. Un ejemplo claro fue el vaciamiento y reestructuración del Departamento de Vigilancia, Prevención y Control de las ITS, el VIH/

Sida y las Hepatitis Virales, que funcionaba desde 1986, subordinando estas acciones al Departamento de Enfermedades de Condiciones Crónicas e Infecciones Sexualmente Transmisibles (ITS). Esto impactó desastrosamente en la vida de las personas con VIH, dificultando su acceso a medicación y tratamiento, ya que en la práctica significó el fin del programa brasileño de SIDA, uno de los más importantes del mundo.

Otro acto de destrucción dirigido por esta gestión fue en el ámbito de la salud mental, alcohol y otras drogas, cuya área específica fue eliminada. Así, la desaparecida Coordinación General de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas, fue reorganizada bajo un enfoque centrado en la enfermedad y sometida a sectores relacionados a la gestión hospitalaria, para retomar la lógica manicomial, las internaciones y gestionar la atención primaria, deshaciendo la lógica de la atención psicosocial, a través de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) como práctica ambulatoria. De esta forma, en general, se vació y desfinanció la política pública de salud mental, destruyendo así toda la red de atención psicosocial, incluyendo la amenaza de la derogación de las normativas que sustentaban la lógica antimanicomial.

El gobierno de Bolsonaro escindió la salud mental y las drogas, y esta última ha tenido más inversión financiera y asociación con sectores privados, sobre todo para reforzar su política prohibicionista de drogas. De esta forma, está desfinanciado los CAPS y dando fin a la política de reducción de daños, ya que el interés es invertir en Comunidades Terapéuticas, en su mayoría dirigidas por sectores conservadores neopentecostales. En este sentido surgieron un conjunto de vulneraciones y violaciones de derechos, involucrando no sólo a la población adulta, sino también a niños y adolescentes, en un contexto de (re)higienismo social urbano típico de gobiernos autoritarios, incluyendo hospitalizaciones forzadas en todos los sentidos. Esto resalta la tensión de que para el gobierno de derecha, basado en el pánico moral y el discurso de odio, hay una epidemia de consumo de drogas y para los movimientos sociales y representantes de instituciones e investigaciones científicas sobre el tema, no hay evidencia de ello, por el contrario, hay más vulnerabilidad, pobreza y desigualdades reales en la vida precaria de los brasileños, principalmente hombres y mujeres negros, de barrios populares y periferias.

Sin embargo, es necesario enfatizar que son todos los sectores y políticas en el campo de la salud los que han retrocedido o han sido destruidos. Además de los men-

cionados, está el caso de la salud reproductiva de las mujeres, la salud LGBT, la política de aborto, la atención primaria, la inmunización, entre otros. El SUS ha reducido su capacidad de compra de insumos, como insulina para la diabetes y medicamentos para la hipertensión. Como resultado, las personas que dependen del SUS, que constituyen el 70% de la población brasileña, tienen un mayor riesgo de hospitalización, de empeoramiento de estas enfermedades crónicas y de muerte. Porque en este contexto también tenemos la Enmienda Constitucional para limitar el gasto público por parte del gobierno, lo que resulta en la subfinanciación y desfinanciación de la salud pública brasileña.

B y GG: ¿Qué balance dejó la experiencia de la Pandemia en relación a la capacidad de respuesta del Sistema de Salud?

MAJODU: La experiencia de la pandemia en Brasil, bajo el gobierno de Bolsonaro, con su política de destrucción y muerte, como dije, ha llevado al SUS al colapso. Han faltado medicamentos, respiradores, oxígeno y equipos de protección individual (EPI) para los equipos de salud. Los datos diarios de casos fatales entre 2020 y 2021 revelan la política de muerte del gobierno nacional, que ha visto una escalada espantosa de muertes diarias, incluyendo la lentitud en la compra de vacunas y en el proceso de inmunización, así como el negacionismo y sus discursos anticiencia y antivacunas. Según datos epidemiológicos, el país ha registrado más de setecientas mil muertes. La gestión de Jair Bolsonaro durante la emergencia mundial le valió una denuncia por genocidio en el Tribunal de La Haya, por no haber enfrentado la pandemia, con su falta de priorización, planificación y negacionismo, costando vidas que podrían haberse salvado, poniendo en peligro la vida y la salud de todos. El gobierno apostó por la propagación del virus como estrategia para hacer frente a la pandemia.

Así, la restricción presupuestaria ha sido cruel y ha empeorado las cosas en todos los sentidos para los trabajadores y usuarios del SUS, especialmente en el contexto de la pandemia, con colas de espera y personas muriendo sin ser atendidas con dignidad. La crisis sanitaria como resultado de la crisis económica ha dejado sus marcas, que hoy son marcas para superar y sostener otro proyecto que está en marcha.

¡Pero el SUS sobrevivió! Lo sostuvimos como red, en resistencia, por trabajadores, usuarios, con los movimientos sociales del campo de la salud (en defensa de

la vida, antimanicomial, feminista, LGBTIAPN+, negros, en situación de calle, contra la privatización, entre otros), produciendo redes fuertes y vivas, a pesar de las muertes, el dolor y el duelo. Porque en el centro de toda la tragedia estaba la cuestión de la desfinanciación pública y la política de muerte del (des)gobierno de Bolsonaro. Los pocos recursos que llegaron a través de créditos extraordinarios, como consecuencia de la pandemia, fueron el resultado de la presión, la lucha y los movimientos sociales del campo progresista, y los medios de comunicación fueron un aliado, tanto para denunciar la negligencia y el negacionismo, como para retratar la vida tal como es, en la realidad concreta de los hechos concretos.

B y GG: ¿Qué lectura hacés del rol del Gobierno de turno en dicha gestión?

MAJODU: Creo que ya he abordado una serie de hechos a lo largo de esta entrevista, pero creo que una de las principales síntesis interpretativas de este proyecto de poder de extrema derecha fue, en el caso de la pandemia, el abismo entre las recomendaciones sanitarias internacionales, a partir de la OMS, y lo que no se hizo, de hecho, por la gestión de la política sanitaria, en el SUS y por el gobierno brasileño. El negacionismo de la vacuna, de las medidas de transmisión, incluso el presidente llamando "Gripezinha" a la pandemia, defendiendo la cloroquina, un medicamento sin eficacia en el tratamiento, entre muchos otros comportamientos, que culminaron en consecuencias nefastas para el enfrentamiento de la pandemia: rotación de ministros de salud, colapso de la red asistencial, debilitamiento de las relaciones inter-provinciales, demora en la vacunación, desprecio por la ciencia, fragilidad de la estrategia de testeo y distribución de insumos, militarización de la salud, opacidad de la información sanitaria, casos de corrupción, entre otros. El principal resultado fue el alarmante número de casos y muertes, materializando la necropolítica en el país.

B y GG: Tras el cambio de gobierno con la asunción de Lula en 2023, ¿qué desafíos afronta el campo de la salud en este contexto? ¿Crees que deben pensarse transformaciones en el SUS en la actualidad? ¿Cuáles?

MAJODU: El gobierno del presidente Lula y el vicepresidente Alckmim fue la construcción de un frente amplio y de un pacto civilizatorio contra la barbarie, el fascismo y la antidemocracia, y en defensa de la vida, de

la democracia, de los derechos humanos y de la Constitución de 1988. Lo que está en juego en la construcción y victoria de este frente en 2022 es precisamente la resistencia y el enfrentamiento a las nuevas formas de autoritarismo en Brasil, conocidas como bolsonarismo, expresión del fascismo, del conservadurismo y de la extrema derecha actuales. Incluso prácticas golpistas tanto en acto de entrega del diploma presidencial a Lula, como también en el episodio contra el Estado Democrático de Derecho, cuando los seguidores de Bolsonaro, los Bolsonaristas, invadieron los respectivos edificios de los tres poderes de la República de Brasil, el judicial, el ejecutivo y el legislativo. Como ocurrió, a instancias de Trump, en el Capitolio de los Estados Unidos de América. Actualmente tenemos muchos más datos, tanto del informe de la Comisión Parlamentaria de Investigación (CPI) en Covid por el Congreso Nacional, como de la investigación de la Policía Federal, las denuncias de la Fiscalía General y las acciones de la Corte brasileña sobre el juicio de los criminales, a lo que se configuró como los "Atentados del 08 de enero 2023" en Brasilia (incluso con ese nombre en Wikipedia), llevando incluso a la posible detención de Bolsonaro.

Pero este contexto sirve para revelar que la victoria de la fórmula Lula/Alckmim no representa un retorno a los proyectos de las anteriores gestiones del Partido de los Trabajadores en el poder ejecutivo nacional, sino lo posible para recuperar la democracia y las instituciones. Sin embargo, debemos recordar que al tratarse de un frente amplio, éste está compuesto por diversos intereses políticos, económicos y también éticos. En el campo de la salud en particular, la construcción de una agenda es un hecho inherente a la política post pandémica. Cabe destacar que la ministra de salud, la primera mujer en la historia de la cartera del país, ya ha tenido su cargo amenazado y en negociación por otros sectores del citado frente, pero principalmente por sectores del parlamento que sostienen al gobierno de Lula. Recientemente, tras dos años de Nísia Trindade, asumió el cargo un ex ministro de Salud del gobierno de Dilma, Alexandre Padilha. Hay una mezcla de avances y retrocesos, un juego de intereses, una disputa interna dentro de la propia cartera. Pero esto no es una característica de la salud, sino de todo gobierno. Esta dinámica forma parte del propio juego democrático, de lo que se avanza, de lo que no se avanza, de lo que se acuerda, de lo que es consenso y de lo que no lo es. Pero aún queda mucho por hacer.

Son muchos los desafíos en este campo, especialmente la reconstrucción del SUS tras años de desguace, des-

trucción y secuelas de la pandemia. Era y es necesario redoblar los esfuerzos para dotar al SUS de los recursos necesarios, para recuperar las enormes pérdidas en la cobertura de su red asistencial, pero sobre todo en la vacunación, en la reducción de la espera como consecuencia del desmantelamiento de los servicios municipales impuesto tanto por la pandemia, como por la destrucción de las administraciones anteriores, con el recorte de recursos. Incluyendo, en este sentido, la reestructuración y destrucción de la propia gestión de la cartera. Se señala que tomará muchos años reconstruir lo que fue brutalmente desmantelado de 2016-2022, porque fueron siete años de descrédito de la gestión del SUS. Pero, de hecho, ha habido una recuperación de la financiación del SUS, en contra de todas las expectativas, a pesar de que el SUS ha tenido muchas pérdidas presupuestarias en los últimos años, y no se ha superado el escenario de desfinanciación crónica, el presupuesto ha aumentado sustancialmente. ¡Esto se siente en la población!

Ya se han empezado a plantear cambios en el SUS, con la reanudación del Ministerio, su nueva estructura, las conferencias, la financiación, el programa “Más Médicos”, que beneficiará a más personas, el programa “Farmacia Popular”, que ampliará el acceso gratuito a los medicamentos para quienes los necesiten, el programa “Reducción de filas” (de espera), la renovación de la flota de vehículos o el programa SAMU (Sistema de Atención Móvil de Urgencias), el programa “Brasil Sonriente” y las unidades móviles para municipios, la inauguración del Departamento de Salud Mental, Alcohol y Otras Drogas, la reanudación del Departamento de VIH/SIDA, Tuberculosis y Hepatitis Virales, la creación del Grupo de Trabajo del Programa de Atención Especializada a la Salud de la Población Trans (PAES-Pop-Trans), la ampliación de las redes de atención sanitaria, como las de enfermedades crónicas, emergencia/urgencias, atención psicosocial, etcétera.

B y GG: ¿Qué rol considerarás que tiene el Trabajo Social en el Sistema Único de Salud?

MAJODU: El trabajo social ha participado en la construcción del SUS desde el principio, especialmente en los movimientos de Reforma Sanitaria y Reforma Psiquiátrica y en la lucha antimanicomial. También hemos pasado por un proceso de renovación profesional, que tiene su origen en el movimiento de reconceptualización, rompiendo con el tradicionalismo y el conservadurismo de la profesión. Pero también en el ámbito de

la producción de conocimiento. Así, la lectura tradicional y sus fundamentos clásicos basados en el positivismo y el funcionalismo fueron puestos en cuestión. El salto epistemológico y paradigmático se dio por la ruptura con estos aportes, pero también, y sobre todo, por el compromiso y la acción política, tanto en el campo de las políticas públicas como en el compromiso con la población usuaria, en la garantía de los derechos humanos y, en particular, en la construcción de un país democrático, justo e igualitario en términos de acceso y derechos. Por lo tanto, el/la profesional de trabajo social en salud tiene mucho que aportar, no sólo en la ejecución de la política de salud, sino también en su construcción y elaboración.

Existe un conjunto de debates, investigaciones y producción de conocimiento en el campo del Trabajo Social, así como una legislación profesional, a través del Consejo Federal del Trabajo Social (CFESS), que refuerza y legitima el lugar del Trabajo Social como una de las 15 profesiones de la salud, reconocida por el Consejo Nacional de Salud. Así, resumiendo, las funciones de este profesional del Trabajo Social son: Identificar y satisfacer las necesidades sociales de los usuarios, brindar orientación, información sobre derechos y prestaciones sociales (asistencia social y seguridad social), derivar y acompañar a los usuarios a la red asistencial, realizar el seguimiento de los casos de los usuarios desde el ingreso hasta el alta, proporcionar apoyo psicosocial, alojar y asistir a las familias, promover el acceso a los servicios de salud, intervenir en las manifestaciones de la cuestión social, contribuir a la reducción de las desigualdades sociales, garantizar el acceso a las políticas públicas, convocar a la red intersectorial para garantizar los servicios sociales, elaborar diagnósticos e informes, etcétera.

Son tantas las funciones que no cabrían estas líneas porque trabajamos mucho más allá de la demanda y las articulaciones para garantizar derechos, vamos más allá de los limitados espacios institucionales, estamos en los territorios, en los movimientos sociales, apoyando las iniciativas de la población usuaria, en la formación de residencias sanitarias interdisciplinarias y disciplinares, en el asesoramiento y consejerías, en la supervisión, en los equipos de calle, etc. Garantizando así el acceso universal y la atención integral, igualitaria y equitativa de los usuarios de los servicios de salud, promoviendo el ejercicio de la ciudadanía al asumir la salud como un derecho social.

B y GG: ¿Qué aportes puede ofrecer la intervención profesional en la consolidación del derecho a la salud?

MAJODU: Muchas de las incumbencias profesionales que mencioné en la pregunta anterior son importantes a la hora de realizar un trabajo profesional para consolidar el Derecho a la Salud, principalmente porque estamos tratando con el usuario como ciudadano de este derecho. Cuando estamos desarrollando, por ejemplo, un grupo de sala de espera, o una actividad grupal programada, o incluso la atención individual, o la atención domiciliaria, estamos tratando con un sujeto de derecho. Esta es la piedra angular del trabajo profesional que ha roto con los fundamentos tradicionales de la profesión y del área de conocimiento. No estamos en la producción de salud para enseñar, controlar o higienizar, sino para promover y garantizar ese derecho de ciudadanía.

B y GG: **¿Considerás que existen cuestiones pendientes a la hora afianzar al Trabajo Social en los equipos y el Sistema de Salud?**

MAJODU: Sí. Dependiendo del contexto institucional en que se desarrolle este proceso colectivo de trabajo. Sin embargo, en mi experiencia práctica, el Trabajo Social siempre ha orientado la dimensión ético-política y teórico-metodológica del quehacer profesional, estableciendo un diálogo con otros saberes, sin jerarquías ni imposiciones arbitrarias. Partiendo de que toda relación social implica una relación de poder, es fundamental democratizar incluso el equipo de trabajo, asumiendo la construcción democrática como pilar del propio sistema de salud.

B y GG: **¿Qué lectura hacés, y cuáles son tus principales preocupaciones, pero también expectativas, en relación al derecho a la salud en nuestra América Latina?**

MAJODU: Esta es una pregunta muy compleja, dado el breve espacio con que contamos. No obstante, es crucial destacar que en América Latina somos herederos teóricos y políticos de las perspectivas más progresistas en la interpretación, comprensión y problematización del derecho a la salud. Si bien los sistemas de salud se

estructuran de manera diferente en los países latinoamericanos, existe una firme defensa de este derecho por parte del campo progresista y de los movimientos sociales democráticos y de izquierda. El campo de estudios sobre la determinación social de la salud es pionero y único en toda América Latina y el Caribe, lo cual no es poca cosa. En este enfoque está intrínsecamente incorporado el concepto de salud como derecho garantizado para toda la clase trabajadora y la población en general. Sin embargo, si bien contamos con avances teórico-políticos para esta comprensión, por otro lado enfrentamos una amenaza real y concreta a esta garantía: las gestiones públicas neoliberales, incluyendo incluso a gobiernos progresistas como el de Brasil. Al inicio de esta conversación caractericé un escenario político y económico que atraviesa y afecta a todos los países de América Latina: el desfinanciamiento y la privatización de las políticas públicas por parte de Estados capitalistas, en este contexto de "más para el capital y menos para lo social", típico de gobiernos neoliberales y especialmente de gobiernos de derecha y extrema derecha.

En las últimas décadas, varios sistemas de salud latinoamericanos han experimentado reformas. Algunas han dejado lecciones que debemos aprender, mientras que otras necesitamos superarlas e implementar cambios. En este sentido, a pesar de las particularidades de cada país del continente, observamos en general un proceso de mercantilización de la salud, que en mayor o menor medida resulta en un hecho innegable. Por lo tanto, transformar esta realidad continental representa un desafío que implica construir la perspectiva de un sistema de salud universal y democrático en América Latina.

En efecto, diría que mi expectativa es que la salida vendrá de la izquierda, de las organizaciones políticas y de los movimientos sociales que defienden los derechos y la democracia. Pero, sobre todo, creo que otro proyecto de sociedad es posible, que otro mundo es posible.

B y GG: **Muchas gracias por tu disposición y tu tiempo!**