



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

SABRINA SINABUCRO KANESIRO BIZELLI

**A verdade e o direito à saúde: das relações de poder
às relações de direitos**

Tese apresentada a Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em
Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu
2015**

SABRINA SINABUCRO KANESIRO BIZELLI

**A verdade e o direito à saúde: das relações de poder
às relações de direitos**

Tese apresentada a Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em
Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Bizelli, Sabrina Sinabucro Kanesiro.

A verdade e o direito à saúde : das relações de poder
às relações de direitos / Sabrina Sinabucro Kanesiro
Bizelli. - Botucatu, 2015

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Capes: 40602001

1. Direito à saúde. 2. Cuidados primários de saúde. 3.
Saúde pública. 4. Biopolítica. 5. Foucault, Michel,
1926-1984.

Palavras-chave: Espanha; Foucault; atenção primária;
direito à saúde; governamentalidade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

SABRINA SINABUCRO KANESIRO BIZELLI

A verdade e o direito à saúde: das relações de poder às relações de diretos

Tese apresentada a Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu

Profa. Dra. Juana Cristina Francisco del Rey
Departamento de Enfermería y Fisioterapia
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la
Universidad de Alcalá

Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira
Departamento de Medicina Preventiva
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina de Botucatu

Profa. Dra. Sueli Terezinha Ferreira Martins
Departamento Neurologia, Psicologia e Psiquiatria
Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu
2015

Dedico a tese
a Amanda Saori e José Luís

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional.

À Elen, minha orientadora pela confiança em meu trabalho e incentivo sempre.

À Cristina, pelo acolhimento e por possibilitar que o trabalho de campo se tornasse realidade.

Aos gerentes dos **Centros** de Saúde por me receberem e me inserirem nos ambientes de trabalho. Aos profissionais de saúde que me confiaram seus depoimentos e me receberam com tanto cuidado e profissionalismo.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e aos funcionários do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Aos amigos brasileiros, salvadorenha e espanhóis pelo carinho e ajuda.

Agradeço à Fundação Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - pelo auxílio por meio de bolsa de estudos, tanto no país quanto no exterior através do Programa Institucional Doutorado Sanduíche Exterior (PDSE).

RESUMO

A tese problematiza a saúde coletiva a partir dos estudos de Foucault sobre o biopoder e a governamentalidade, tomando como operador de análise os dispositivos de segurança como prática de governo e gestão dos fenômenos das populações. A pesquisa de campo realizou-se na província de Guadalajara, na Espanha, entrevistando profissionais em três centros de saúde da rede de atenção primária. A análise dos enunciados põe em discussão as tecnologias de poder na gestão da saúde e os seus desdobramentos no campo do direito e sua relação com a verdade. O direito à saúde é um universal abstrato sustentado por regimes de verdade que engendram práticas sociais - como os complexos sistemas públicos submetidos à ordem econômica contemporânea - em função da segurança no governo das populações.

Palavras-chave: direito à saúde; atenção primária; Espanha; Foucault; governamentalidade

RESUMEN

La tesis problematiza el asunto de la salud colectiva a partir de los estudios de Foucault sobre el biopoder y la gubernamentalidad tomando como fuente de análisis los dispositivos de seguridad como práctica de gobierno y gestión de los fenómenos de la población. El trabajo de campo se realizó en la provincia de Guadalajara en España. Entrevistando profesionales en tres centros de salud de la red de atención básica. El análisis de los enunciados pone en discusión las tecnologías de poder en la gestión de la salud y sus desdoblamientos en el campo del derecho y su relación con la verdad. El derecho a la salud es un universal abstracto sustentado por regímenes de verdad que engendran prácticas sociales – como los complejos sistemas públicos sometidos al orden económico contemporáneo – en función de la seguridad en el gobierno de las poblaciones.

Palabras llave: derecho a la salud, atención primaria, España; Foucault; gubernamentalidad

ABSTRACT

The thesis problematizes collective health as from Foucault's studies about biopower and governmentality, taking as operator of analysis the safety devices like practice of government and management of phenomena of populations. The field research was performed in Guadalajara, Spain, interviewing professionals of three centers of health of primary care network. The statement analysis approach technologies of power in management of health and their development at field of justice and its relation with truth. The right to health is an universal abstract supported by true regimes that engender social practices - as complex public systems submit to contemporary economic order - in function of security in government of populations.

Keywords: right to health; primary care; Spain; Foucault; governmentality

ÍNDICE

Apresentação.....	9
Capítulo I - Introdução.....	15
Capítulo II - O trabalho de campo.....	28
Capítulo III - O governo das populações.....	33
Capítulo IV - O governo das condutas.....	46
Capítulo V - A arte liberal de governar.....	60
Capítulo VI - O direito à saúde e a verdade.....	75
Considerações Finais.....	89
Referências Bibliográficas.....	91
Anexos	101

APRESENTAÇÃO

Por vários anos tenho direcionado minhas reflexões à dinâmica de serviços de saúde em diferentes campos de problematizações - primeiramente no âmbito da saúde mental, posteriormente e mais sistematicamente no da atenção primária de pequenos municípios - com enfoque na gestão e nos processos de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1995), assim como nas práticas do universo micropolítico (MERHY; ONOCKO, 1997).

Em pesquisa desenvolvida no mestrado (BIZELLI, 2010), os princípios normativos que regem o Sistema Único de Saúde no Brasil, a saber, a universalidade, a integralidade e a equidade, foram norteadores na investigação do tema estudado - a qualidade dos serviços de saúde - em uma realidade muito particular, porém, de contexto preponderante no território brasileiro, que é a do pequeno município - população inferior a dez mil habitantes - com baixo Índice de Desenvolvimento Humano, especialmente na dimensão riqueza. Nesse estudo pude perceber o papel determinante do sujeito nas práticas relacionadas à chamada qualidade do serviço e aos dilemas postos pelas características socioeconômicas e históricas.

Assim, dada a indissociabilidade da construção histórica e cultural de sistemas de saúde, bem como do contexto socioeconômico do país, com a constituição de práticas sociais, considerei interessante investigar as práticas em um sistema público de saúde consolidado, cuja construção baseou-se na universalidade e integralidade, a partir da atenção primária em saúde.

Diferentemente do Brasil em que desde a constituição do Sistema Único de Saúde em 1988, por diversas razões como as de política econômica, de financiamento, de gestão e até mesmo de política de Estado, não efetivou a consolidação do SUS (MENDES, 2013; MENDES; MARQUES, 2012; PIOLA et al., 2012), a

Espanha, após a queda de Franco, em 1978 iniciou a construção de seu sistema de saúde nacional e o manteve, até a presente década público, universal, integral e gratuito.

Podemos observar no Brasil, por um lado, um sistema que se pretende universal, integral e equânime, garantido em sua Constituição (BRASIL,1988), e que enfrenta desafios imensos para constituir-se enquanto tal - por exemplo, as questões de extensão e de desigualdades territoriais que se colocam frente aos processos de municipalização e descentralização da saúde no Brasil (ARRETCHE, 2000; VIANA et al., 2002) - mas que por outro lado, a partir da observância de certas práticas, o exercício da universalidade e integralidade é verificado nas localidades (BIZELLI;CASTANHEIRA,2011).

Em contrapartida vemos um país como a Espanha que compõe o bloco da União Europeia, cuja dinâmica econômica e social permitiu o desenvolvimento de um Estado de bem-estar social finalizado, que a partir da Conferência de Alma Ata construiu o sistema de saúde nacional baseado na estratégia capilar da atenção primária, e que, juntamente com uma rede hospitalar, compõe uma atenção integral ao cidadão. Não obstante, desde 2008 o país, assim como os demais integrantes do bloco, vem atravessando uma crise econômica significativa respondendo, então com políticas internas de contenção econômica, refletindo principalmente em áreas sociais como a saúde e educação (MARTIN, et al., 2011; NAVARRO et al., 2004; ORTÚN, 1998; SACARDO et al., 2010).

Esse momento histórico singular propicia um campo de reflexões riquíssimo. Ora, se no Brasil os constrangimentos econômicos e sociais fazem parte do cotidiano, inclusive compondo as práticas em saúde, a Espanha, no exercício mais concreto dos serviços de saúde, outrora sem esses constrangimentos, agora convive com uma realidade atravessada por forças econômicas desfavoráveis.

Ou seja, como as práticas e discursos no âmbito das relações estabelecidas no universo dos serviços públicos de atenção em saúde, exercidas a partir de um sistema de saúde universal, integral e equânime se articulam, tendo em vista esta nova convivência com diretrizes restritivas e decretos protecionistas - e aqui me refiro especificamente ao Decreto Real de julho de 2012 em que restringe o atendimento em saúde aos espanhóis, cidadãos de países membros da União Europeia e demais imigrantes regularizados?

Se determinadas práticas revelam sinais de avanço no exercício do direito humano de garantia à saúde, quais efeitos são produzidos frente às mudanças postas pela nova situação econômica e social do país? Quais mecanismos de governo atuam para manter o sistema e a rede de serviços em funcionamento apesar de protestos, de descontentamento da população atendida, de cortes de recursos e de redução do quadro de profissionais, em suma, da diminuição do espaço alcançado por uma sociedade de direitos?

Não me proponho a realizar um estudo comparativo, inclusive por ser esta uma tarefa incompatível com a perspectiva metodológica pela qual optei.

A forma como se articula o território em suas distintas camadas de constituição no estudo, diferentemente da opção metodológica da investigação realizada no mestrado, a hermenêutica, agora não se dá fundamentalmente a partir do corpo do investigador, ou seja, da compreensão que advém da elaboração das impressões e experiências do pesquisador em sua relação com a realidade estudada, na busca de sentidos das práticas sociais. A problemática do duplo sujeito/objeto não toma a centralidade metodológica, como é o caso na investigação hermenêutica, mesmo que a discussão tangencie o processo de construção (CORETH, 1973; DREYFUS; RABINOW, 1995; JESUS; PEIXOTO; CUNHA, 1998).

Por exemplo, o fato de não compartilhar da plenitude dos campos linguístico, cultural, indenitário com os sujeitos entrevistados, porque advêm de um país diferente dos de minha origem, poderia ser tanto uma condição que agregaria à investigação o olhar estrangeiro (NOVAES,2006; PEIXOTO apud NOVAES,2006) - aquele que consegue captar elementos nebulosos resultantes da normalização e achatamento das ações rotineiras - como também inversamente, um fator de interferência na compreensão aprofundada porque estaria desprovida dos infindáveis significados que uma cultura pode produzir.

Aqui não se desconsidera a existência dessa discussão, porém desvia-se dela, tomando a alternativa proposta por Foucault de que o ato discursivo "não é nem um segredo, a unidade de um sentido escondido, nem uma forma geral e única" (FOUCAULT, 2008a), ou seja, a descrição do campo discursivo foi composta a partir dos enunciados, das territorialidades, das regras e normativas que, ao serem descritas e analisadas passam por uma prática discursiva que atravessa a pesquisadora, mas que, porém, não é o seu principal argumento.

Como aporte para realizar a análise do material partiu-se dos estudos de Foucault sobre a biopolítica - nas formas de exercício do poder que surgem a partir da existência biológica, política e coletiva (em população) dos sujeitos colocando-os como objeto de governo. As formas de se governar - reunidas no termo governamentalidade - investigadas pelo autor, podem ser constituídas por instituições, procedimentos, técnicas investidas sobre uma população, a partir de dispositivos de segurança (CASTRO, 2009).

Assim, o objetivo da pesquisa foi analisar como agem os mecanismos de governamentalidade em serviços públicos de atenção primária na Espanha.

A apresentação do estudo divide-se em seis capítulos.

O primeiro capítulo introduz a tese e os principais pressupostos que compõem seu argumento. Procura esclarecer

alguns termos usados por Foucault como governo e governamentalidade, além de situar o leitor na visão de saúde pública a partir do nascimento da medicina social. Traz também a trajetória da saúde pública na Espanha do início do século XX até à situação atual de seu sistema público, com especial enfoque na atenção primária.

O capítulo II é destinado à breve descrição do campo investigado - como é organizado e como funciona o sistema de saúde espanhol, com a caracterização dos três centros de saúde - bem como os procedimentos metodológico e formais da pesquisa, a construção e a análise do material. Parte do material foi selecionado e organizado em forma de excertos que se encontram em Anexos. Também se encontram anexados ao trabalho o roteiro de entrevista e o termo de consentimento utilizados na pesquisa.

O terceiro capítulo discute o governo das populações a partir do exercício do biopoder e dos dispositivos de segurança. A discussão é trazida pelos enunciados levantados do território do Centro de Saúde de Molina de Aragón.

Do serviço de saúde localizado em Azuqueca de Henares emergiram os enunciados que dispararam a discussão que compõe o capítulo IV acerca dos mecanismos de controle utilizados na saúde - especialmente a atenção primária - com a finalidade do exercício da governamentalidade.

A arte liberal de governar - que aparece como título do capítulo V - é objeto de análise e discussão ao ser relacionada com o terceiro e último território investigado - o Centro de Saúde SUR Guadalajara.

O capítulo VI discute *O direito à saúde e a verdade* e conduz ao desfecho da tese com a discussão sobre a questão do direito e as relações com a verdade, a partir da discussão do Real Decreto-Ley 16/2012 e suas repercussões nas práticas localizadas nos serviços de saúde.

Finalmente, em *Considerações Finais* são dispostas brevemente questões problematizadas pela investigação e desdobramentos direcionados para se pensar a Saúde Coletiva na realidade brasileira.

CAPÍTULO I

Introdução

A complexidade atribuída ao sistema de saúde, vista a partir da atenção primária, dá visibilidade às proporções tomadas, em importância e em necessidade, dos mecanismos de segurança das populações instaurados e aperfeiçoados com a finalidade do exercício da governamentalidade. Atualmente este governo se exerce com base na verdade dada pela racionalidade liberal. Nesse sentido, os centros de saúde funcionam como dispositivos de controle utilizando-se de diferentes tecnologias aplicadas no cotidiano dos serviços em suas ações de intervenção e nas relações estabelecidas entre os indivíduos a partir desse lugar. Na medida em que os dispositivos de poder se estendem e se radicam no tecido social desdobram-se efeitos de movimentação social e intensificação de práticas de direitos e de liberdade. O direito à saúde evidencia os regimes de verdade a partir dos quais a sociedade moderna se ordena e se finaliza, constituindo-se numa importante tática de governo dos tempos atuais. Eis a tese do trabalho.

A abordagem seguida partiu dos estudos de Foucault sobre o governo. Segundo Castro (2009) há dois eixos de investigação do assunto, um que se refere à relação entre sujeitos e outro à relação consigo mesmo. No primeiro eixo, o governo constitui-se no “conjunto de ações sobre ações possíveis (...). Trata-se de uma conduta que tem por objeto a conduta de outro indivíduo ou de um grupo” (CASTRO, 2009, p.190). No segundo eixo, aborda o governo de si, ou seja, a relação que o sujeito estabelece consigo mesmo. É no cruzamento entre as duas formas de governo que se estabelecem os modos de objetivação-subjetivação.

O tema do governo nas obras de Foucault revela que a centralidade em suas investigações não está no saber ou no poder, mas sim no sujeito:

“Essas práticas de subjetivação, é necessário precisá-lo, são também formas de objetivação, isto é, dos modos em que o sujeito foi objeto de saber e de poder, para si mesmo e para os outros” (CASTRO, 2009, p.189).

Nesse sentido, “se poderia afirmar que o quadro geral das investigações de Foucault foram as práticas de governamentalidade que constituíram a subjetividade ocidental” (CASTRO, 2009, p.190).

O termo governamentalidade nas obras de Foucault, segundo o mesmo autor, “refere-se ao objeto de estudo das maneiras de governar” (CASTRO, 2009), resultado do encontro das formas de governo de si e de governo dos outros. Designa

“o conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma de exercício do poder que tem, por objetivo principal, a população; por forma central, a economia política; e por instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança” (CASTRO, 2009, p.190).

Essa linha de força que aparece no Ocidente juntamente ao fenômeno do aumento populacional que ocorre no século XVIII, conduziu a um tipo de poder - seja na forma de soberania, seja na disciplina - exercido através do governo dos outros, convertendo inclusive a forma de atuação do Estado: de um Estado de justiça da Idade Média passa a caracterizar-se nos séculos XV e XVI enquanto Estado administrativo e posteriormente a Estado governamentalizado.

Além disso, o capitalismo que se desenvolveu nos séculos XVIII e XIX engendrou extensão, densidade e direcionalidade (a econômica) aos mecanismos de poder que se instituíam. A medicina social é um exemplo desse mecanismo. Em “O nascimento da medicina social” Foucault (1984a, p.79) reconstitui três

etapas na formação da medicina social, a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

O que o autor denomina de medicina de Estado, que se desenvolveu na Alemanha em meados do século XVIII, foi a organização de um saber médico estatal realizada a partir da normalização da profissão médica e sua integração ao aparelho administrativo. Assim, são criados funcionários médicos nomeados pelo governo com responsabilidade sobre uma região, bem como uma organização administrativa para controlar a atividade dos médicos.

Ao contrário da Alemanha que contava com o suporte da estrutura do Estado para o desenvolvimento da medicina social, a França encontrava no final do século XVIII um intenso fenômeno de urbanização e suas consequências decorrentes da aglomeração e desorganização, como a formação e difusão de epidemias e endemias, o problema da circulação - de indivíduos, de mercadorias, mas sobretudo de água e de ar - e abastecimento de água e separação do esgoto. O desenvolvimento da medicina urbana se dá pela associação ao discurso e saber das ciências extra-médicas como a química e a biologia, sobre o controle do ar, das condições de vida, frente à necessidade de dar respostas aos problemas advindos das cidades. Essa associação é relevante para a constituição da medicina científica que se desenvolveria no século XIX. Nesse contexto surge outra noção importante para o desenvolvimento da higiene pública do século XIX que é a da salubridade, ou seja, da "base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos" (FOUCAULT, 1984a, p.93).

A terceira forma da medicina social foi discutida pelo autor através do exemplo da Inglaterra, país de rápido e importante desenvolvimento industrial e do proletariado. O sistema inglês relacionava três aspectos da medicina, a saber, a assistência médica destinada aos pobres para torná-los menos perigosos à classe rica, o controle de saúde da força de

trabalho e o esquadramento da saúde pública (FOUCAULT, 1984a).

A política de saúde do século XVIII permitiu o desenvolvimento de dois direcionamentos da medicina simultâneos. O primeiro, favoreceu a emergência de uma medicina clínica e o crescimento do mercado médico a partir das demandas de uma clientela pessoal e privada que buscava no profissional qualificado intervenções clínicas centradas no exame, no diagnóstico e na terapêutica.

Ao mesmo tempo, o aparecimento das doenças - advindas do crescimento demográfico europeu ocorrido na época - é colocado aos governos como problema político e econômico expondo a necessidade de coordenar e integrar mecanismos de controle rigorosos. A população é tomada enquanto objeto de vigilância e intervenção. Nesse momento, o corpo social surge a partir da materialidade do poder exercido sobre o corpo dos indivíduos (FOUCAULT, 1984a, P. 145).

"O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política" (FOUCAULT, 1984a, p.80)

Até meados do século XX, a finalidade da medicina era nacionalista: garantir a saúde significava para o Estado assegurar a capacidade de produção para o desenvolvimento do país, bem como de defesa e ataque militar. Assim, oferecia o efeito econômico de dar à sociedade indivíduos fortes, capazes de trabalhar. Na atualidade a medicina encontra a economia na introdução da saúde no mercado, ou seja, na medida em que a manutenção e/ou restauração da saúde passa a ser objeto de desejo para uns e lucro para outros (FOUCAULT, 2010a).

Porém, o marco importante que transforma a relação do Estado e saúde da população se dá, segundo Foucault (2010a), no período pós-guerra, com a implantação na Inglaterra do

Plano Beveridge (1942), que serviu de modelo a muitos países na organização de seus sistemas públicos de saúde, em que a cobertura dos gastos com a saúde deixa de ser resolvida com as caixas de pensões e seguros privados e passa ser responsabilidade do Estado: a saúde aparece como um novo direito, uma nova moral, uma nova política, uma nova economia do corpo (FOUCAULT, 2010a).

“o direito do homem de manter seu corpo em boa saúde se converte em objeto da própria ação do Estado. Por conseguinte, os termos se invertem: o conceito de indivíduo em boa saúde para o Estado é substituído pelo de Estado para o indivíduo em boa saúde” (FOUCAULT, 2010a, p.168).

A constituição do sistema público espanhol a partir do século XX

Durante as primeiras décadas do século XX as ações voltadas à saúde pública eram principalmente normativas, como a Instrucción General de Sanidad de 1904 que estabelecia obrigações aos municípios em ditar os regulamentos de higiene com deveres e funções das autoridades locais, porém de maneira bastante centralizada.

Os acontecimentos revolucionários de 1917 - como as greves e violentas respostas em represália, a crise militar e a crise do parlamento, juntamente à Guerra de Marrocos e, mais estritamente ao âmbito da saúde, a grande epidemia de gripe que houve em 1918-1919 - denunciavam a falta de organização e de infraestrutura, mobilizando a classe médica bem como a opinião pública frente às precárias condições sanitárias do país (OCAÑA, 1994).

Em relação aos gastos públicos destinados à saúde, houve um tímido crescimento no início do século e estancamento na ditadura de Primo Rivera (1923-1930). Estancamento na área da saúde que coincidiria com enormes gastos públicos em outros

setores como em obras, que dariam visibilidade à falsa prosperidade da nação, mas que trariam consigo grandes dívidas públicas (HUERTAS, 2000).

Em 1925 foi promulgado o Estatuto Provincial que impunha às Províncias criarem e manterem um Instituto de Higiene, com a fusão de todos os órgãos de saúde na circunscrição de seu território, o qual teria a incumbência de realizar serviços de caráter de higiene, sanitário e social. Todavia esses Institutos não responderam às normativas, muito menos ao modelo de ação previsto, já que se limitavam a campanhas de prevenção de doenças evitáveis não havendo qualquer ampliação de competências em outros aspectos em saúde como programas voltados à saúde materna e infantil, à saúde do trabalhador e à escola, além de não se voltarem ao combate de doenças como a tuberculose, as venéreas, a lepra, o tracoma, etc. (HUERTAS, 2000).

Foi apenas com o fim da ditadura que se inicia a Reforma Sanitária Republicana e um importante aumento das ações em saúde caracterizada por uma intensa preocupação normativa, com promulgações de regulamentos sanitários e criação de novas instituições como a *Escuela Nacional de Sanidad* (1924).

Assim, com a chegada da 2ª República - que vai de 1930 a 1939 com o Fim da Guerra Civil Espanhola - há mudanças substanciais na política econômica e grandes investimentos na saúde. Em 1930 há um aumento de 0,27% dos gastos do Estado, em 1932 de 0,36% e em 1933 de 0,71%:

Lo que sí parece factible afirmar es que empezaban a darse en la España Republicana unas condiciones como para que, al menos, se formularan algunos de los principios fundamentales de un nuevo modelo de sistema sanitario: la presencia de un movimiento obrero potente y organizado, unas fuerzas de izquierda suficientemente representadas en el Parlamento, un cierto número de profesionales dispuestos a llevar la sanidad hasta los últimos y más modestos pueblos de la patria. (HUERTAS, 2000).

Em 1934 ocorre o *1º Congreso Nacional de Sanidad* em que se estabelecem pautas para a criação de uma rede de *Centros de Higiene Rural*, que já haviam sido criados em 1932, mas que se pretendia estender a experiência a todo país, priorizando a saúde materna e infantil, o controle de doenças evitáveis e a melhora dos hábitos de higiene. No mesmo ano, a *Ley de Bases de Régimen Sanitario* lança os alicerces para uma melhor organização dos serviços sanitários de encargo municipal e provincial como resposta aos problemas desencadeados pelo processo em curso.

Assim, durante a 2ª República o meio rural experimentou avanços teóricos - incluindo a incorporação dos postulados da epidemiologia - e práticos consideráveis através de infraestrutura para atender às necessidades da população tanto no plano curativo quanto profilático. Contudo, nesse momento, as mudanças na área ainda se limitavam apenas à integração dos serviços assistenciais e preventivos, longe de se pensar num Sistema Nacional de Saúde (HUERTAS, 2000).

O final da guerra civil significou a derrota para os principais protagonistas que desenvolviam os avanços na saúde da 2ª República. Durante o período de Franco (1939-1975) houve retrocesso nas práticas em saúde como as de se integrar a higiene e a microbiologia, e a abordagem das dimensões sociais, bem como a aplicação das concepções da epidemiologia e da administração em saúde do começo do século (MARSET et al., 1995).

Parte do retrocesso se explica pelas consequências provenientes da guerra civil, de forma que nessa época priorizam-se a vacinação, o combate às doenças venéreas, além dos esforços dos profissionais da saúde do regime Franco em acabar com três grandes epidemias, a saber, a varíola, o tifo e a difteria, juntamente à preocupação com a tuberculose, a mortalidade infantil e o paludismo (MARSET et al., 1995).

A evolução dos recursos do Estado direcionados à saúde revela num primeiro momento o estancamento e posterior recuperação paulatina. Se durante o período da 2ª República se duplicam os gastos, nos primeiros anos do pós-guerra a proporção fica abaixo de 1% dos gastos do Estado. Ao final dos anos 40 e início dos anos 50, os recursos destinados ao setor encontram-se entre 1% e 1,5%, com rebaixa entre os anos de 1958 e 1967. Somente a partir deste ano que se observa um importante crescimento que se estende até o final do período Franco, período este que coincide com o processo de industrialização do país (MARSET et al., 1995).

Em 1942 há a criação da lei do *Seguro Obligatorio de Enfermedad* objetivando abarcar um grupo mais ampliado de beneficiários aos serviços públicos de saúde, como forma de legitimar o governo e ter apoio da classe trabalhadora (MARSET et al., 1995). Ficou sob encargo do *Instituto Nacional de Previsión* até 1979 quando o órgão é extinto, passando a gestão e administração dos serviços de saúde ao então criado *Instituto Nacional de Salud (INSALUD)* - um pouco antes dessas mudanças há a criação do *Ministerio de Sanidad y Seguridad Social* em 1977 (ESPAÑA, 2015).

Diversas consequências decorreram do *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, que inclui as estruturais, como a duplicidade das redes de saúde e posterior separação das ações assistenciais e terapêuticas, das preventivas e promotoras; as organizativas como a configuração de um modelo de funcionamento baseado no autoritarismo, na centralização e na hierarquia; bem como as econômicas que devido ao processo de industrialização e crescimento da população assalariada e beneficiária, o seguro de doenças se converte na instância mais importante, representando dois terços dos recursos do Estado destinados à *Seguridad Social* em 1972, enquanto os da *Dirección General de Sanidad* continuavam irrisórios.

A subalternidade da saúde espanhola à atividade e dinâmica hegemônicas do *Seguro de Enfermedad*, gerou o embotamento do projeto sanitário até o final do franquismo:

En España no ha existido una consciencia sanitaria, ni han prosperado las organizaciones y el desarrollo de la Medicina Preventiva... Sobre la Sanidad gravitaban muchos años de abandono e incomprensión, de negligencia" (RICO AVELLO apud MARSET et al., 1995).

Com consequências posteriores: ainda em 1993 o *INSALUD* (Instituto Nacional de Saúde) responsável pelo setor assistencial da saúde consumia 98% dos recursos da saúde enquanto a dimensão da chamada saúde pública, tanto ao nível ministerial como autonômico, representavam 2% (MARSET et al., 1995).

Em 1963 é posto em voga a *Ley de Bases de la Seguridad Social*, cujo objetivo era a implantação de um modelo unificado e integrado de proteção social, com participação do Estado no financiamento, tendo em vista a racionalização financeira e administrativa das entidades e prestações existentes (ESPAÑA, 2015; MARSET et al., 1995). No entanto, a atuação do Estado consistia na promoção de seguros sociais obrigatórios que se sustentavam mediante a contribuição de cotas dos trabalhadores ativos e não através de impostos. O sistema de saúde mantido através de impostos somente é instituído a partir da constituição do Estado de Bem-estar Social espanhol, que de maneira tardia comparada aos demais países europeus que iniciaram sua construção com o fim da Segunda Guerra Mundial, surgiu apenas com o fim da ditadura (DEL PINO CASADO, 2006).

Assim, na Espanha, a saúde aparece como direito universal pela primeira vez na Constituição Espanhola de 1978 - especificamente no artigo 43 - sendo posteriormente concretizada na *Ley General de Sanidad* de 1986. Com a Lei cria-se o Sistema Nacional de Saúde, com serviços nacionais de saúde de cobertura universal, independente de condição social, econômica e laboral, financiado por meio de impostos, sendo

propriedade pública dos meios de produção, com provisão e gestão públicas e descentralizado nas Comunidades Autônomas.

Na nova lei se planeja a necessidade de superação dos desequilíbrios territoriais e sociais, com base no princípio da equidade, além da ênfase na atenção integral e democratização do sistema através da participação dos cidadãos.

O processo de descentralização da saúde se inicia em 1979 com a transferência dos serviços públicos do Estado às Comunidades Autônomas - divisão territorial assumida a partir da Constituição de 1978 como parte do processo de redemocratização do país - e em 1981 a transferência dos serviços sob gestão do INSALUD¹. As Comunidades passam a ser as responsáveis pela saúde de seus respectivos territórios, financiando a totalidade das prestações em serviços de saúde e uma porcentagem das prestações farmacêuticas, com recursos transferidos diretamente pelo Estado, que os arrecada por meio de impostos (ESPAÑA, 1986).

A primeira Comunidade Autônoma a assumir o serviço de saúde autonômico foi a Cataluña em 1981 completando o processo de transferência em 2001, incluindo nessas últimas a Comunidade Autônoma de Castilla-La Mancha.

No início dos anos oitenta, baseada na Conferência de Alma-Ata² (1978), há um grande investimento na estratégia da Atenção Primária, com o objetivo de aumentar os níveis de eficácia e equidade com custos aceitáveis. Assim, por meio do Decreto 137/84 são definidos e regulamentados os Centros de

¹ Em 2002, ao finalizar o processo de descentralização da gestão para as quinze Comunidades Autônomas, a atenção em saúde pública é assumida pelo *Sistema Nacional de Salud* e o *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD) é extinto. Nesse momento é criado o *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria* (INGESA) - órgão responsável pela gestão da saúde das cidades autônomas de Ceuta y Melilla, localizadas no continente africano.

² Declaração de Alma-Ata formulada na referida Conferência, é considerada a primeira declaração internacional - com repercussão nas políticas de reforma sanitária de inúmeros governos - que enfatiza a atenção primária em saúde como a estratégia para a universalização dos cuidados e promoção da saúde das populações.

Saúde como nova estrutura assistencial composta por equipes básicas de atenção primária (MADRAZO, 2015). Toda a reforma, incluindo a implantação da atenção primária, aconteceu em clima de mudanças no país e sobretudo a partir do esforço dos profissionais da saúde:

La verdad es que la atención primaria ha sufrido unos cambios importantes, empezamos, por ejemplo, en este centro de salud hacia el año ochenta y seis, era la época de atención primaria, donde el principio de Alma Ata estaba metido en nuestras cabezas, toda la declaración de Alma Ata, vivíamos, los profesionales, en poner en marcha la atención primaria como, como diría yo, como algo personal, como algo propio, casi como cierta militancia, éramos militantes de la atención primaria, creyéndonos plenamente el proyecto de atención primaria y quizá al principio de una forma ingenua, con más ilusión que conocimientos, poniendo en marcha lo que es todo este proyecto, porque previamente no existía una atención primaria, lo que existían eran consultas de ambulatorio. Esas consultas de ambulatorio que yo las he vivido como usuaria cuando he tenido niños pequeños, esas consultas eran consultas de muy poca calidad, donde se hacían las recetas, donde si había algún problema se derivaba en seguida a nivel hospitalario, y era gente, los profesionales tampoco tenían una formación suficiente, no existían las especialidades de medicina familiar y comunitaria como ahora que todos los médicos que trabajan en centros de salud son especialistas en medicina familiar y comunitaria y las enfermeras están empezando ya la especialización de enfermería comunitaria, ya tenemos algunas residentes. Entonces la gente tenía muy poca formación, en aquella época empezamos hacer mucha autoformación y se creó un sistema bastante más cercano a la población de lo que está ahora, se crearon los consejos de salud, el mecanismo de participación de las diferentes asociaciones, asociaciones de ayuntamiento, asociaciones de vecinos, dentro de la gestión de la sanidad, ellos eran oídos y sus opiniones se tomaban en cuenta para la hora de tomar decisiones. Era otro sistema más social que en este momento. En este momento es más directivo (Profissional de saúde).

O processo de mudança de modelo assistencial foi revolucionário para as práticas dos profissionais, inclusive transformando o modo como se relacionavam com a própria

profissão. A criação dos Centros de Saúde impulsionou novas relações entre os profissionais que passaram a trabalhar em equipe e guiados por protocolos de atenção a partir de programas definidos (1³; 2; 3). As transformações impactaram sobretudo na autonomia dos profissionais médicos (SCHRAIBER, 1995). Os relatos de como atuavam nos povoados - chegando ao extremo isolamento em determinadas regiões - demonstram o grande impacto provocado pela nova política (4; 5).

O período de transição foi bastante conflituoso quando coexistiam os dois modelos de atenção no mesmo ambiente de trabalho, inclusive mantendo profissionais com diferentes naturezas de contratação, com cargas horárias e atividades a serem desenvolvidas distintas (6)

O resultado final do processo de implantação da rede de atenção primária compondo o sistema nacional de saúde, possibilitou o acesso aos serviços por toda a população da Espanha e a efetivação da universalização da saúde no país (7;8;9).

Em agosto de 2007, a crise imobiliária que assolou os Estados Unidos ganhou proporções globais transformando-se em uma crise econômica sem precedentes nos mercados de todos os países. Os países europeus foram particularmente atingidos e a Espanha desde 2008 vem buscando compensar as perdas através da política ortodoxa de diminuição de gastos públicos com cortes que atingem principalmente as políticas sociais⁴, ou seja,

³ A numeração refere-se à ordem do excerto de entrevista em anexo correspondente à colocação imediata realizada no texto. Somente foram distinguidos os profissionais que trabalham diretamente com a assistência dos que trabalham na área administrativa do Centro de Saúde. Nesse sentido, mesmo que no capítulo referente a determinado Centro de Saúde tenha sido construído predominantemente com entrevistas providas desse território, há a composição de entrevistas de outros Centros de Saúde, já que os enunciados não se referem exclusivamente ao território mas sim ao assunto abordado. A opção por tal procedimento teve como objetivo assegurar ainda mais o anonimato dos participantes da pesquisa.

⁴ A discussão sobre a crise conjuntural que atingiu o mundo capitalista e seus reflexos na economia espanhola poderia formar um capítulo especial dentro desta tese. Optamos, porém, por garantir o foco da narrativa nos aspectos das consequências que atingiram o sistema de saúde, separando,

aderindo ao ajuste fiscal que restringe o tamanho da atuação estatal. Naturalmente, é um movimento que sofre a reação das pessoas que dependem dos serviços de Estado, as quais ganham a rua em sinal de protesto. Generalizam-se os protestos atingindo uma ampla gama de segmentos sociais, inclusive boa parte dos profissionais da saúde, descontentes com os cortes de benefícios e salários, com a redução do número de profissionais, com o aumento da jornada de trabalho, além do que as medidas de contenção de gastos com a assistência a saúde causam uma tensão entre os usuários do serviço e os profissionais, delineando no horizonte um clima favorável a privatizações alardeadas como a solução para a "ineficiência" do setor público.

porém, um item na bibliografia - obras consultadas sobre a crise de 2007 - para as análises que, embora não referenciadas diretamente no texto, ajudaram a entender os impactos da crise geral no cotidiano do serviço e na produção de discursos.

CAPÍTULO II

O trabalho de campo

A pesquisa se desenvolveu em serviços de saúde da província de Guadalajara, localizada na Comunidade Autônoma de Castilla-La Mancha. Esta província é bastante heterogênea, por um lado muito próxima de Madrid, capital e importante centro econômico e tecnológico, e por outro também é considerada o território que contém mais áreas rurais de toda a Espanha.

Guadalajara está dividida em 288 municípios e tem uma população de 251.563 habitantes. De acordo com a Lei Geral de Saúde 14/1986 de 25 de abril, sobre a delimitação territorial, está formada por apenas uma área de saúde, cuja estrutura operativa se divide em atenção primária, atenção especializada, departamento provincial de prestação de serviços de saúde e urgências, emergências e transporte sanitário. No momento da pesquisa, a estrutura organizativa de gestão estava em processo de mudança, e os três primeiros departamentos que antes tinham cada um sua gerência própria passaram a ser dirigidos pela GAI - Gerencia de Atención Integrada (Ordem de 18/12/2012, do Conselho de Saúde e Assuntos Sociais, das Gerências de Atención Integrada de Servicio de Saúde de Castilla-La Mancha [2012/17561]).

Os serviços de atenção primária distribuem-se fisicamente em 30 zonas básicas de saúde, 448 consultórios locais e um serviço de urgências de atenção primária (SUAP). Funcionalmente conta com 33 equipes de atenção primária e 28 pontos de atenção continuada (PAC). A distribuição das zonas básicas de saúde (ZBS) por área de localização são 5 na capital, 6 na área peri-urbana e 19 na rural.

Dos três serviços acompanhados um localiza-se ao norte da província, região cuja economia baseia-se na produção agrícola

e no turismo local. O território tem baixa densidade demográfica e uma grande quantidade de pequenos povoados. O acompanhamento dos profissionais em seus atendimentos rotineiros em povoados possibilitou a explicitação de suas relações com as pessoas atendidas e a forma como falam a respeito de seu trabalho.

Ao mesmo tempo, vivenciar o cotidiano dos outros dois serviços localizados um na capital da província e outro no corredor industrial Henares que se liga a Madrid, agregou à tese elementos diversificados e importantes para compor a complexidade envolvida nas práticas exercidas pelos profissionais de saúde.

Os centros de saúde eram compostos por médicos de família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem (cada centro possuía apenas um) assistentes sociais, dentistas e auxiliares de odontologia (apenas em dois dos centros), auxiliares administrativos e pediatras, além de coordenadores médico e de enfermagem, sendo o primeiro aquele que coordenava também o serviço. Um dos centros possuía fisioterapeuta. Os serviços de fisioterapia e odontologia nos centros onde não atuavam esses profissionais eram realizados em outros centros de saúde referência.

Foram realizadas entrevistas com diferentes profissionais e o número foi definido a partir do princípio de saturação, ou seja, na medida em que o conteúdo das entrevistas mostrava-se repetitivo, em que elementos de determinado tema já haviam aparecido em entrevista anterior ou que não surgia outro assunto que não estivesse sido abordado, as sessões eram encerradas naquele centro de saúde.

Foram vinte e oito entrevistas individuais totalizando em torno de vinte horas de gravação. Foi incluída uma entrevista realizada com um professor da Universidad de Alcalá, estudioso em Atenção Primária. Os critérios de inclusão da pesquisa estenderam-se a todos os profissionais dos três centros de

saúde selecionados que demonstraram interesse em participar do estudo.

Um roteiro de entrevista foi elaborado procurando abordar aspectos qualitativos da saúde local, tendo como objetivo aprofundar as principais problemáticas envolvidas e dar visibilidade aos enunciados e posicionamentos ético-político dos sujeitos (PASSOS et al, 2010; MINAYO, 2004).

As entrevistas foram gravadas em meio digital e depois de analisadas apagadas. Todas as atividades ocorreram com o consentimento informado dos envolvidos. Previamente à realização de cada entrevista eram dados esclarecimentos éticos relativos ao anonimato, ao manejo do material produzido, bem como à liberdade de interrupção da participação se caso assim desejasse o participante. Todos os entrevistados concordaram em assinar o termo de consentimento e não houve objeção ao fato das entrevistas serem gravadas⁵.

A análise do material espelhou-se no posicionamento da história frente ao documento, defendido por Foucault:

Ora, por uma mutação que não data de hoje, mas que, sem dúvida, ainda não se concluiu, a história mudou sua posição acerca do documento: ela considera como sua tarefa primordial, não interpretá-lo, não determinar se diz a verdade nem qual é seu valor expressivo, mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta, distribui, ordena e reparte em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é, identifica elementos, define unidades, descreve relações. O documento, pois, não é mais, para a história, essa matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações. (FOUCAULT, 2008a, p.12)

O processo de análise começou com a transcrição das entrevistas realizada pela pesquisadora, cuja nacionalidade é brasileira, e por essa razão fez-se necessário o trabalho de

⁵ Em anexo o Termo de Consentimento e o Roteiro de Entrevista

revisão do material por um profissional espano falante para preencher as lacunas de compreensão e escrita. Em seguida buscando a facilidade dos atuais meios informatizados de organização de dados, foi utilizado o programa computacional ATLAS.ti para separar por assuntos partes de cada entrevista e em seguida aglutiná-las formando grupos, ainda que internamente heterogêneas, mas que mantivessem relações entre si⁶. É importante ressaltar que é bastante comum no âmbito das pesquisas qualitativas o uso desse recurso como método de análise, entretanto o software somente foi utilizado para organizar o material, não atendendo às exigências de procedimento metodológico do programa.

Na análise procurou-se abordar os temas relevantes para a construção do corpus da problemática, extraíndo os enunciados que compõem os discursos os quais constituem e validam as práticas articuladas no território.

Tal corpus não foi construído em função da frequência das verbalizações ou constantes linguísticas, nem segundo a estrutura sujeito-autor-contexto proposta por determinadas linhas metodológicas de análise de discurso (GIACOMONI, VARGAS, 2010; GONÇALVEZ, 2009; DREYFUS, RABINOW, 1995), mas segundo a função que exerce no conjunto, como por exemplo, regras, regulamentos, funcionamento, organização, uma vez que "os corpus são discursos sem referência" (DELEUZE, 2005).

Por sua vez,

os enunciados não são palavras, frases ou proposições, mas formações que apenas se destacam de seu corpus quando os sujeitos das frases, os objetos da proposição, os significados das palavras mudam de natureza, tomando lugar no 'diz-se', distribuindo-se, dispersando-se na espessura da linguagem. (DELEUZE, 2005)

⁶ Em anexo estão trechos de entrevistas na íntegra que melhor explicitaram os enunciados destacados no estudo.

Os enunciados são como coisas que transmitimos e conservamos, possuem um valor que procuramos nos apropriar. Eles dependem de uma materialidade, que é sempre da ordem institucional - de uma estrutura de poder. Nesse sentido, os atos discursivos ganham autonomia depois de serem aprovados numa dada ordem, de modo que um sujeito quando ocupa um lugar institucional, faz uso dos enunciados de determinado campo discursivo segundo os interesses de cada trama momentânea (FOUCAULT, 2008a; VEYNE, 1982; MACHADO, 1974)⁷.

A construção da tese seguiu a dinâmica de articular territórios particulares e campos discursivos, num movimento que permitiu, a partir da singularidade, a emergência de problematizações concernentes a todo o campo da saúde coletiva. A organização da escrita por assuntos e em capítulos associando cada um deles a um denominado Centro de Saúde foi dada por uma opção didática e estética da narrativa. Não há nenhuma relação de exclusividade entre o território e os discursos, já que estes podem atravessar múltiplos territórios.

⁷ A análise de discurso - na perspectiva foucaultiana - é uma análise histórica na medida em que a construção da história, centrada no entendimento das ideias e do pensamento, busca os discursos que tornam essas ideias e pensamentos possíveis. Ela pressupõe uma análise da relação entre os enunciados num domínio de coexistência; a existência da palavra como efeito de saberes postos em circulação numa dada época; e procura entender como a representação, o discurso e o conhecimento estão envolvidos com práticas sociais e de poder (VEYNE, 1982).

Pues yo cuando llegué, cuando llegué a trabajar aquí hace casi cuatro años la verdad que eso fue una de las cosas que me sorprendieron mucho, las condiciones de las casas son un poco pues como los pueblos de hace cuarenta años, pues con calefacciones con chimeneas, las cocinas poco equipadas, en fin como hace pues cuarenta, cincuenta años. Siguen viviendo en las mismas condiciones que hace perfectamente cuarenta años (Profissional de saúde)

CAPÍTULO III

O governo das populações

A sensação para quem chega a Molina de Aragón é de viajar no tempo e chegar a um lugar onde o ritmo é dado por um modo de vida típico de povoado do interior (10; 11). A população é predominantemente idosa e os mesmos costumes são sempre mantidos (12; 13). Essas características constituem-se em atrativo tanto para os turistas das cidades-velocidade, quanto para as pessoas que deixaram a terra natal, porém desejam retornar. Não há, portanto, motivos para mudanças.

Localizada ao norte da província de Guadalajara, Molina de Aragón se encontra em uma das regiões de maior extensão rural da Espanha. É uma cidade polo de dezenas de povoados espalhados pela região e presta suporte em atividades como serviços, comércio, transporte, lazer e outras necessidades de habitantes dos lugarejos. A economia local baseia-se na produção de cereais, na criação de ovelhas e na área de serviços. Além disso, há o turismo que, em períodos de verão, atrai muitas pessoas à região. No inverno a atração se volta ao esporte da caça de cervos e javalis. Apesar de o turismo movimentar a economia local sua contribuição poderia ser bem maior se houvesse investimentos em infraestrutura adequada (14).

O movimento climático ditado pelas estações do ano marca incisivamente a atividade humana no local, seja na condução da agricultura e pecuária, seja em relação ao fluxo migratório sazonal que impacta diretamente no comércio e serviços

públicos. No inverno, os habitantes de Molina de Aragón migram para outros lugares - já que muitas casas não estão equipadas para o enfrentamento de baixas temperaturas - e, inversamente, no verão a população multiplica-se passando, em alguns povoados, de sessenta moradores para quatrocentas pessoas (15; 16).

Essa variação populacional obriga a adequação na forma de organização do trabalho e condução distinta das ações dos profissionais de saúde segundo as diferentes épocas do ano: "En invierno pues es casi imposible pasar consulta en esos pueblos, voy, son pueblos casi despoblados, que hay muy poca gente, y yo en concreto me dedico a ir domicilio por domicilio" (Profissional de saúde). Por sua vez, "aquí en verano es agotador trabajar, porque vienen muchas incidencias, vamos muy atacados" (Profissional administrativo).

Além do aumento de atendimentos na alta temporada o trabalho administrativo também se multiplica principalmente dada a emissão do cartão de saúde provisório - cuja duração é de três meses - para pessoas provenientes de outras comunidades autônomas. É um trabalho bastante tenso porque em geral essa clientela é bastante impaciente: "la gente si ve que no le atienden inmediatamente se pone muy nerviosa sobre todo la gente de fuera, ¿porque tengo que hacer una tarjeta de desplazado?" (Profissional administrativo). Se para alguns, como os imigrantes irregulares no país, o cartão de saúde significa acesso ao serviço de saúde - discutiremos sobre o assunto mais detidamente no último capítulo da tese -, nesse caso o mesmo retrata a burocracia que lentifica o acesso.

A cidade de Molina de Aragón possui 3.514 habitantes e é onde se encontra o centro de saúde, porém sua equipe é responsável também por outros cinquenta e dois povoados que somam 5.021 habitantes em toda a zona de saúde. Cada povoado possui um consultório local.

O tema do deslocamento é bastante presente no dia a dia das pessoas dada principalmente a situação de isolamento na qual se encontram, agravada pela escassez de transporte público e falta de suporte contínuo ao idoso⁸.

Lo que pasa en las zonas rurales, no tenemos la facilidad, por ejemplo yo quiero ir mañana al hospital a una consulta, son trecientos kilómetros, si tengo que ir en autobús y necesito ayuda pues me cuesta un desplazamiento porque no estoy mal pero ando mal, se les pone ambulancia, no ambulancia para cada persona sino el sistema nuestro concede como si fuese un autobús pero llamas a ambulancia, carga unos cuantos y los traen. Con un problema, si yo tengo una consulta a las diez de la mañana pero salgo de aquí a las seis de la mañana, salgo a la seis porque sale el autobús, si acaba a las doce de la mañana, y salgo de allí a las cinco de la tarde, salgo de allí a las cinco de la tarde, o sea tiene la ventaja de haberte llevado, pero el inconveniente que vienes cuando viene todo el autobús, no cuando tú vengas. (Profissional de saúde)

Essas características regionais e de população específicas requerem mais investimento no trabalho de elaboração de estratégias de organização dos atendimentos às pessoas. Os habitantes de Molina somados aos dos cinquenta e quatro povoados totalizam em torno de seis mil e quinhentos prontuários divididos entre dez médicos.

Apesar dos diferentes espaços de consultas para onde os profissionais devem se deslocar regularmente, o maior trabalho se encontra na coordenação das atividades do centro, na organização dos horários de atendimento considerando os plantões e folgas do dia seguinte, férias e licenças dos funcionários. Devido ao sistema de agendamento prévio via telefone, os médicos somente se deslocam aos consultórios

⁸ Com o intuito de assegurar o acesso aos habitantes de locais distantes, como é o caso da região de Molina de Aragón, há uma lei que garante o direito à restituição de gastos de viagem pelo órgão público de saúde ao cidadão se o hospital mais próximo estiver a mais de cento e cinquenta quilômetros de sua moradia. Este recurso é bastante acionado pelos usuários do Centro de Saúde de Molina.

locais se há consultas agendadas. Os enfermeiros, por sua vez, vão sistematicamente aos povoados (17).

Os deslocamentos no trabalho são realizados com o veículo particular dos profissionais não havendo qualquer tipo de seguro que cubra gastos com manutenção ou reparos. Há um acréscimo salarial que se calcula a partir da dispersão demográfica da zona de saúde onde trabalham. No caso dos profissionais de Molina de Aragón estão no mais alto grau de dispersão - G4 - e Guadalajara no mínimo - G1 -, ou seja, para aqueles que trabalham nesta última zona não há gratificação. Além disso, recebem um abono referente ao combustível usado para os deslocamentos. Porém a crítica quanto às bonificações é que não são suficientes para cobrir todos os gastos que dispendem além de não impactar significativamente no salário geral (18).

Três são os perfis dos profissionais que se dispõem a trabalhar na região. O primeiro grupo é formado por trabalhadores da Comunidade Autônoma de Aragón, os quais não conseguiram encontrar trabalho em sua região. Outros estão iniciando sua carreira e precisam acumular pontos para poderem escolher o lugar para transferência - normalmente os profissionais começam a exercer a profissão em povoados distantes e com o tempo vão se aproximando de sua região de origem ou da capital. Finalmente, existem aqueles profissionais que desejam um trabalho mais tranquilo, que, em geral, estão próximos da aposentadoria e pretendem fugir da pressão da demanda existente em locais de alta densidade demográfica (19).

É possível perceber que há uma desvalorização do trabalho de saúde no interior e em povoados, uma vez que as atividades requerem esforços pessoais extras sem muitos atrativos, ou retorno financeiro, ou status profissional.

esto está cambiando pero hasta ahora siempre los especialistas como que están más jerarquizados, ellos siempre se han considerado en un nivel un

poquito más alto que los médicos de familia. [...] Y sobre todo con los médicos de pueblo, que es pueblo pongo entre comillas, médicos de pueblo entre comillas, para ellos los médicos de pueblo son pues los médicos de pueblos sabes, como que no tenemos ni puñeta idea de... o de poco y no nos tienen consideración, como no nos tienen consideración pues nunca consultan con nosotros. Ese creo que es el problema fundamental. (Profissional de saúde)

O desnivelamento entre os profissionais que trabalham na atenção especializada e os da atenção primária é recorrente nas falas dos entrevistados, independentemente da profissão ocupada e da região onde se localiza o Centro de Saúde, dificultando a assistência integrada (20; 21; 22; 23). Contudo, aponta-se sempre na discussão sobre o tema os avanços que estão ocorrendo na comunicação entre as partes (24).

O centro de saúde de Molina funciona em um prédio moderno e grande, que dispõe simultaneamente de outros serviços como o de Urgências e Emergências, consultas de especialidades que acontecem uma vez por semana - oftalmologia, traumatologia, ginecologia, medicina interna -, além do serviço de radiografia e fisioterapia.

O serviço de atenção primária funciona plenamente no período da manhã⁹. No período da tarde o atendimento se dá pelo PAC (Puntos de Atención Continuada), serviço de atenção continuada prestado através do plantão de dois médicos e dois enfermeiros da equipe que estendem sua jornada de trabalho para atender a urgências que surjam no centro de saúde ou no local chamado¹⁰. Os finais de semana e feriados são cobertos

⁹ As intercorrências do dia são acolhidas por dois médicos que alternam entre a primeira parte da manhã e a segunda. Para esse "plantão" há um rodízio entre esses profissionais que ajustam suas atividades regulares para cumpri-lo.

¹⁰ Essas urgências são triadas pela equipe que tem disponível uma ambulância como meio de transporte. Ao avaliar que o caso extrapola as condutas de atenção primária, os profissionais acionam o serviço de Urgência e Emergência - Atención Sanitaria Urgente.

por outros profissionais, exclusivamente designados para esse serviço.

Nos povoados, a estrutura física dos consultórios locais é bastante heterogênea. Por um lado, principalmente nos povoados maiores, há consultórios bem equipados e espaçosos; por outro lado, há outros que são considerados precários e que dificultam os atendimentos, já que se apresentam desprovidos, por exemplo, de equipamento de calefação (25). O problema do sistema de aquecimento para as cidades com as quais estamos lidando é importante já que a temperatura chega a graus negativos em períodos de inverno. Alguns povoados têm a necessidade de uma dinâmica que responsabilize alguém por abrir o consultório minutos antes da consulta e ligar o aquecedor, nos dias mais frios.

Outra dificuldade relatada é a falta da rede de internet que dificulta a inserção de dados clínicos nos prontuários eletrônicos - no caso desses povoados os prontuários estão disponíveis em papel - já que, em épocas de auditoria dos órgãos sanitários responsáveis, todos os dados devem estar disponíveis exclusivamente através, do programa Turriano¹¹. Além disso, facilidades como a implantação da receita eletrônica¹² são limitadas: não podendo ser emitidas online, os profissionais devem lançá-las, posteriormente, no centro de saúde de Molina.

¹¹ Turriano é o programa usado por todos os centros de saúde de atenção primária da Comunidade de Castilla-La Mancha. Através dele são documentadas as histórias clínicas, emitidas as receitas e todo tipo de ofício, agendadas consultas e outros. O sistema informatizado utilizado pelos hospitais é o Mambrino. Os profissionais médicos e enfermeiros têm acesso via senha específica ao Mambrino e conseguem visualizar exames e procedimentos realizados no hospital. Entretanto, inversamente, os profissionais da atenção hospitalar não têm acesso ao sistema da atenção primária. Há um projeto de integração dos dois sistemas.

¹² A receita eletrônica é destinada aos casos de pacientes autônomos com doenças crônicas estabilizadas. Uma vez emitida o usuário não é obrigado a consultar-se para renovar sua receita em curto prazo, podendo retirar sua medicação prescrita diretamente nas farmácias conectadas ao sistema. Essa medida visa principalmente a diminuição da demanda nos centros de saúde.

A modernização das receitas antes mesmo da implantação da receita eletrônica já produzia inconvenientes para a população local, uma vez que elas devem ser impressas via sistema, em papel exclusivo, para que as pessoas obtenham o benefício de desconto ou de isenção do pagamento do medicamento. Assim, os médicos imprimem as receitas e as deixam no centro de saúde de Molina para serem pegadas posteriormente pelos usuários ou eles já as levam prontas quando se trata de pacientes com doenças crônicas já conhecidas.

O serviço está direcionado, predominantemente às ações voltadas à saúde do idoso e às questões envolvidas no cuidado dessa fatia da população (26). "¿Qué problemas tienen? Pues cualquier anciano, si no me limpian, no me lavo, huelo, no me cuido, las medicinas no me las tomo a mis horas" (Profissional de saúde).

As opções de suporte existentes aos habitantes idosos estão condicionadas às condições financeiras da família. Uma delas é a contratação de um cuidador que - dada a oferta de mão-de-obra imigrante disponível no atual momento - costuma ser originário da Romênia ou de países sul-americanos. Há também as Residências para Idosos - na região existem duas instituições desse tipo - porém esta opção mostra-se bastante restrita seja pelo número limitado de vagas, seja pelo alto valor pago. A solução dos familiares de levar o idoso para morar com eles gera outras dificuldades como a inadaptação.

Existe otro problema, los hijos quieren tener a los padres así pero muchos no quieren gastarse un duro, porque la crisis es brutal, entonces viven los ancianos aquí puesto que desplazarlos de su sitio a otra ciudad los matas, sacar de sus amigos, de su conocido, de su barrio, aunque estén peor atendidos pero con los hijos si no tienen un piso adecuado, grande y tiempo para dedicarlos, pues es un desastre. Dejo al anciano en la habitación, le doy de comer, le doy de comer, por la noche le doy de cenar y a la cama. Aquí no, sale a la puerta, habla con su amigo que es igual de anciano que él, no se acuerda como se llama, esa cosa, pero están bien. (Profissional de)

Há também o suporte do centro de saúde através da assistente social que procura ter os idosos da zona de atuação sob vigilância, conjuntamente com o trabalho da Cruz Vermelha que atua em situações de urgências. Porém, manter em funcionamento essa rede de cuidados não é simples, muito menos fácil.

Claro Molina, como centro de la comarca tiene más cosas que el pueblo que está a cuarenta kilómetros, además por nada por la dispersión, casi la mitad de los ancianos que quieren, o tienen que quererlo, tienen la ayuda a domicilio de la Cruz Roja, es un botoncito que llaman. Tienen un problema, no le han puesto, lo dejan ahí. Si yo me caigo ahí puedo tener ese botón y cincuenta más, no llevo. Quiero decir que es para llevarlo pues no ponerlo, porque tu problema es que no vas a llegar si te caes en el baño no vas a llegar al teléfono ni nada. Bueno, pues no hay manera, porque eso no se les mete en la cabeza que tienen que llevarlo colgado o en bolsillo de manera que puedan acceder ellos. Luego la Cruz Roja avisa directamente al uno, uno dos que es el centro de urgencias, luego también hay la asistenta social que es un, se dedica a tramitar papeles de muchas personas así y vigilar por las casas en darles, pues a buscar una persona que los cuide, llamar si tienes que llamar a la familia, porque los ancianos, aunque ya te digo están muy bien atendidos, pero hay otros que están un poco abandonados porque los dejan. (Profissional de saúde)

O envelhecimento da população aparece como um problema econômico, social e político, sobretudo na Europa. Apesar de a discussão permear todos os setores da sociedade, incidindo consideravelmente no âmbito dos serviços públicos, a responsabilidade com a pessoa idosa é da família e a busca de arranjos para solucionar principalmente os entraves cotidianos, apesar de ações como as dos serviços de saúde e das ONGs, ainda é bastante solitária e pouco criativa. (DEBERT, 1999)

¿Los ancianos que tienen? Soledad. Pena por no estar con la familia, porque algunos están dejados de alguna manera vivos, abandonados. Otros están muy queridos y no puedes tal como está hoy en día, por lo menos una sociedad que vive nosotros, salvo casos especiales, la gente no tiene espacio para

los abuelos, ni tiempo, ni ganas. Hace muchos años el abuelo era, él llegaba a la casa, todos vivían en la misma zona, el mismo pueblo, posiblemente no vivían en aquella calle y tal, entonces era muy fácil de atenderlos, ahora, hay una dispersión, la gente se va a trabajar donde sea, los abuelos estorban, viven muchos años y estorban.
(Profissional de saúde)

De maneira bastante emblemática, Molina de Aragón traz à discussão a questão do biopoder e dos dispositivos de segurança, principalmente devido a dois aspectos.

Primeiro, nota-se o investimento nas estratégias montadas em torno da atenção em saúde, dada a singularidade apresentada pelo território que exige modulações específicas no trabalho dos profissionais para provisionar o acesso ao serviço e a atenção integral. E com que finalidade? Para se atingir em larga escala e de maneira longitudinal uma população.

Como segundo aspecto, é possível perceber que os movimentos nesse território estão estreitamente relacionados com certa naturalidade dos processos: fluxos migratórios, circulação de bens e serviços, produção econômica vinculados com as marcações climáticas dadas pelas estações do ano e o fenômeno de envelhecimento da população.

O biopoder leva em consideração a espécie humana, "aquilo que na espécie humana constitui suas características biológicas fundamentais vai entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder" (FOUCAULT, 2008b, p.3). É, portanto, numa economia geral do poder em que os dispositivos de segurança atuam assumindo "uma multiplicidade de indivíduos que são e que só existem profunda, essencial, biologicamente ligados à materialidade dentro da qual existem" (FOUCAULT, 2008b, p.28).

Nesse sentido o meio é o principal campo de intervenção, de planejamento, de organização, é aquilo que permite "o encadeamento circular dos efeitos e das causas" (FOUCAULT, 2008b). Para ilustrar o mecanismo de segurança,

Foucault exemplifica com o caso da varíola, a partir do século XVIII e as práticas de inoculação.

“o problema fundamental vai ser o de saber quantas pessoas pegaram varíola, com que idade, com quais efeitos, qual a mortalidade, quais as lesões ou quais as sequelas, que riscos se corre fazendo-se inocular, qual a probabilidade de um indivíduo vir a morrer ou pegar varíola apesar da inoculação, quais os efeitos estatísticos sobre a população em geral, em suma, todo um problema que já não é o da exclusão, como na lepra, que já não é o da quarentena, como na peste, que vai ser o problema das epidemias e das campanhas médicas por meio das quais se tentam jugular os fenômenos, tanto os epidêmicos quanto os endêmicos” (FOUCAULT, 2008b, p.14)

A segurança apoia-se em processos considerados necessários, inevitáveis, naturais dentro de um meio artificial que é a cidade como, por exemplo, a população flutuante em Molina. Trata-se de maximizar os elementos positivos presentes no território, possibilitando a circulação da melhor maneira possível, por um lado, e, por outro, minimizar os riscos e inconvenientes, considerando que nunca serão suprimidos (tratamento aleatório, probabilidade).

O dispositivo de segurança é uma maneira de manter os fenômenos “dentro de limites que sejam social e economicamente aceitáveis e em torno de uma média que vai ser considerada, digamos, ótima para um funcionamento social dado” (Foucault, 2008b, p.8). O modo de funcionamento do dispositivo de segurança segue a seguinte lógica: primeiro instaura uma divisão binária, do que é permitido e do que é proibido; em seguida fixa uma média considerada ótima, para depois estabelecer os limites do aceitável.

Ao aplicar a lógica da segurança no caso do fenômeno envelhecimento, na análise da produtividade primária, os idosos estariam nos limites da curva normal, porém, tendo em vista o número populacional, estão cada vez mais próximos da norma e, sobretudo, do ponto de vista do consumo de recursos - especialmente os recursos em saúde - são os que mais estariam

consumindo. Portanto, seria um equívoco pensá-los excluídos da sociedade produtiva. Assim, essa massa deve ser manejada e administrada.

A lógica de segurança é aplicada de forma regular no raciocínio sanitário: tanto o acompanhamento longitudinal da população como técnica de segurança e o uso de dispositivos disciplinares para conter os inconvenientes ocasionados pelo fenômeno natural e populacional do envelhecimento; quanto a exploração máxima de seus efeitos. Cortes longitudinais são feitos, mas também se fatia a população transversalmente como é o caso dos programas de saúde específicos como a puericultura, saúde da mulher, saúde da gestante, saúde da terceira idade, saúde mental, etc., individualizando a criança, a gestante, o idoso, o louco.

Assim, a perspectiva da população e as regularidades que lhe são próprias vão direcionar certa racionalidade de governo a partir do cálculo estatístico e estudo de seus fenômenos com o objetivo de aumentar sua duração de vida, sua saúde, suas riquezas:

“A constituição de um saber de governo é absolutamente indissociável da constituição de um saber de todos os processos que giram em torno da população no sentido lato, o que se chama precisamente ‘economia’” (FOUCAULT, 2008b).

Foucault em “Segurança, Território, População” procura identificar pontos que dizem respeito à definição de governo do Estado a partir de mudanças das práticas desde o século XVI até o século XVIII com o desaparecimento das estruturas feudais e a instauração dos grandes Estados territoriais, administrativos, coloniais (FOUCAULT, 2008b). Suas análises partem de Maquiavel e o tratado de habilidade do príncipe em conservar o seu principado - escrito sob o contexto da unificação territorial da Itália - e em seguida a literatura anti-maquiavel para marcar as mudanças de enfoque e de prática para a arte de governar.

Essa discussão explicita a lógica do exercício de poder nas práticas monárquicas e sua ruptura a partir o surgimento do problema do governo das populações. A ruptura diz respeito ao surgimento de outro modo do exercício do poder a partir do aparecimento da população como foco de problemática e estratégia de governo. Não se relaciona com o enfraquecimento da soberania e contraposição ao processo de disciplinarização, muito pelo contrário, a população - como objetivo e instrumento de poder - fortalece o fundamento da soberania e requer o aprofundamento das disciplinas (CASTRO, 2009).

Se por um lado, o objetivo principal do príncipe é manter seu principado, uma vez que a finalidade da soberania remete ao exercício de si mesma - o que a soberania propõe é que as pessoas obedeçam à soberania - por outro, a finalidade do governo está nas coisas que ele dirige através do princípio da diligência: "aquele que governa, só deva governar na medida em que se considere e aja como se estivesse a serviço dos que são governados" (FOUCAULT, 2008b).

Entretanto, a arte de governar somente pôde se instaurar na medida em que o aparelho da monarquia administrativa e as formas de saber desse aparelho puderam ser formulados e favorecidos pela ascensão do mercantilismo. Este foi a primeira forma de racionalização do exercício do poder como prática de governamentalidade, a primeira forma de um saber constituído fundamentalmente, por causa da preocupação em conjugar essa arte de governar com a teoria da soberania e com a teoria do contrato.

Isso se deveu a diversos fatores, principalmente, à expansão demográfica do século XVIII, à abundância monetária e ao aumento da produção agrícola. Todos esses acontecimentos favoreceram o desenvolvimento da ciência do governo atrelado à economia e à estatística, baseadas na perspectiva do estudo da população e de seus fenômenos próprios, suas regularidades,

formas de aumentar suas riquezas, sua duração de vida, sua saúde.

Se num primeiro momento, a arte de governar descritas pela literatura anti-maquiavel tomavam a família como modelo para o exercício do bom governo do Estado, a partir do século XVIII a família surge como elemento no interior da população e instrumento de intervenção da mesma, por meio de campanhas, de técnicas de estímulo ao aumento da taxa de natalidade, ao povoamento desta ou daquela região, ao exercício de determinadas atividades econômicas, aos fluxos de população.

Assim, o aprimoramento dos dispositivos de segurança é, segundo Foucault, a passagem que marca o aparecimento do governo de populações. Todas essas tecnologias se voltam para uma técnica política do corpo, ou seja, a construção de um saber do corpo, dado não somente pelo conhecimento de seu funcionamento, mas através do cálculo, da organização, do manejo de suas forças, cujo objetivo consiste na obtenção de corpos uteis e dóceis. "Trata-se, em definitivo, de uma conduta que tem por objeto a conduta de outro indivíduo ou de um grupo. Governar consiste em conduzir condutas" (CASTRO, 2009, p.190).

Claro, si tú tienes un problema, yo creo, te digo que esto es opinión mía, si tienes un problema a lo mejor vienes a contárselo al médico. (Profissional administrativo)

CAPÍTULO IV

O governo das condutas

Com seus 35.397 habitantes Azuqueca de Henares apresenta-se como um município que enfrenta todas as questões de uma cidade de médio porte, industrializada e multicultural em época de crise econômica, porém com especificidades provenientes de sua formação. Teve um crescimento demográfico importante em um curto espaço de tempo - de um povoado de quatrocentos e cinquenta habitantes em mil novecentos e trinta, passou a dez mil e quinhentos habitantes nos anos noventa.

Essa explosão demográfica deveu-se basicamente à instalação de indústrias no município na década de sessenta, as quais buscavam seu posicionamento estratégico, pois Azuqueca localiza-se no chamado corredor industrial de Henares que se liga a Madrid, capital do país. Nesse período houve uma grande imigração de pessoas de outras regiões da Espanha e de outros países da África e América do Sul se instalando no município em busca de trabalho (29).

Num segundo momento, já com a cidade desenvolvida, passaram a migrar para a região pessoas que trabalhavam na grande Madrid e buscavam moradias maiores e mais baratas comparadas com as encontradas na capital, surgindo com esse movimento povoados dormitórios (30). A ideia de viver em uma casa maior, com mais conforto e longe da metrópole estava associada com a melhoria da qualidade de vida, porém problemáticas que advieram do desarraigamento comprometeram esse projeto de muitas famílias (31).

[...] hay una señora que siempre que viene llora, pues dice "quien me mandaría vender mi casa, mi piso con lo bien que estaba yo" porque claro ahora aquí no encuentra, no encuentra lo que busca en el hecho de tener una casa, pero es una casa que estás tú aislado y que no te relaciones con nadie no les sirve, no aporta nada. [...] Es una ciudad dormitorio. (Profissional de saúde)

Juntamente com o crescimento populacional vieram o aumento das demandas sociais e a necessidade de governo dessa população; o incremento dos mecanismos de segurança realizado através do investimento nas estruturas de saúde e no aumento de sua complexidade; o aprimoramento das tecnologias empregadas na atenção (32).

O procedimento padrão de distribuição e caracterização de populações visando seu conhecimento e domínio do território é facilmente identificado quando se pergunta quem são os usuários do serviço. A população é caracterizada imediatamente pelos profissionais de saúde como jovem, predominantemente operária, heterogênea, com condições socioeconômicas média-baixas, muito demandante e bastante exigente, que, por um lado, cria tumultos no serviço relacionados a reclamações frente a marcações de consulta, à fila e ordem de espera, mas que, por outro, promovem mobilizações e se organizam coletivamente para solucionar problemas locais (33; 34).

Azuqueca de Henares que cresceu a partir de fluxos migratórios conduzidos por direcionamentos econômicos concentra dificuldades e demandas de saúde atualizadas pelas mudanças globais ligadas à própria questão da migração e imigração. As situações conflitivas que se apresentam ao Centro de Saúde são atribuídas pelos profissionais ao fato desse município ser formado por uma população em sua maioria originária de outros lugares.

Nota-se novamente que as explicações para os problemas têm sua causa no conjunto geral dado pela noção de população. Chegam ao serviço na forma de problemas psicológicos de

inadaptação, de integração social e no caso dos imigrantes irregulares, de acesso ao serviço de saúde (35).

Esas localidades empezaron a hacer chalés, chalecitos, a bajo precio y se vinieron mucha gente que tenía problemas en Torrejón, en Madrid, en Alcalá, gente con hijos toxicómanos, bueno, de todo, con lo cual la problemática de Azuqueca ahora ya está todo el mundo en paro, están pidiendo las casas, se nos ha quedado gran parte de la población, las personas inmigrantes que no tenían NIE, se nos han quedado incluso sin tarjeta sanitaria, sin esa posibilidad, con lo cual es que la situación en Azuqueca está bastante mal, bastante mal porque hay gente que ya no tiene para dar de comer a sus hijos. Tiramos de Cáritas, de Cruz Roja, se ha visto una bajada impresionante, porque aquí había trabajo y los inmigrantes que venían casi todos trabajaban en la construcción y en España se ha construido mucho. (Profissional de saúde)

O povoado de Villanueva de la Torre - com população de 6.445 habitantes - e o povoado de Alovera - com 12.196 habitantes - pertencem à zona de saúde de responsabilidade do Centro de Saúde de Azuqueca, exemplificando a problemática à qual nos referimos. Adiciona-se ao quadro a falta de planeamento urbano que agrava a situação local, provocando inadequação dos espaços para atividades de lazer ou falta de mobilidade urbana.

[...] este pueblo es un pueblo muy feo porque no hay nada, no es como los típicos pueblos que todo el mundo se conoce y todos son vecinos, hay cierta convivencia, aquí no, aquí cada uno vive en su casa y no tiene relación con el resto [...] no tiene sitio por donde pasear, por lo mal construido que está el pueblo, entonces la gente, es muy triste porque tiene pocas relaciones sociales, no tiene un centro comercial donde ir a comprar, solo hay un supermercado y hasta todo el mundo al mismo sitio. (Profissional de saúde)

O impacto da crise econômica no local foi direto. O movimento da chamada *burbuja económica* - momento em que baseados na confiança, os consumidores passaram a tomar grandes empréstimos para comprar imóveis, tendo que pagá-los

em plena quebra na economia do país, com aumento de juros, pressionados pela crise europeia - deixou muitos habitantes desempregados e endividados.

As problemáticas econômica e social são absorvidas pelo serviço como demanda de saúde (35; 36), já que os profissionais as consideram fator condicionante à manutenção da vida saudável do usuário.

Se tomamos o tema da alimentação como exemplo, podemos verificar o seguinte raciocínio: "muchacha gente buscando en los cubos de la basura comida, entonces a mí ahora me preocupa muchísimo eso porque veo que claro si no tiene una buena alimentación pues las glucemias están mal, los Sintrones están mal, todo está mal" (Profissional de saúde).

Há uma tecnologia política do corpo atuando no serviço de saúde, que não se encerra apenas no conhecimento do funcionamento do corpo, mas no cálculo, na organização, que é muito mais que a capacidade de vencê-lo - como no suplício - é antes, a capacidade de manejá-lo (CASTRO, 2010). Assim, os conflitos sociais e políticos são administrados através do amortecimento das revoltas contra o governo e a gestão da crise econômica: ao invés das pessoas saírem às ruas em protesto contra a falta de emprego e comida, vão à consulta chorar sua miséria¹³.

Essa conduta é coerente com o fato de que na sociedade atual produziu-se determinada prática cujo corpo de saberes e valores referentes ao sujeito reafirmam um modo de subjetivação no qual a busca do serviço de saúde enquanto lugar onde se encontra a cura ou a salvação dos problemas é algo que faz muito sentido. Sentido que podemos encontrar na pastoral cristã.

¹³ Aqui não há o propósito de generalizar a conduta em discussão, não queremos dizer que não haja manifestações sociais de insatisfação e protestos nas ruas, pelo contrário, acompanhamos no período da pesquisa muitas mobilizações em oposição ao atual governo e duras críticas frente às medidas no que se refere à condução da política social e econômica. O que se pretende discutir aqui é determinado modo de subjetivação.

Foucault (2008b) ao discutir a questão do governo, posiciona os Estados modernos numa tecnologia geral do poder – que pressupõe o ponto de vista das estratégias e táticas – de forma a possibilitar suas mutações, seu desenvolvimento e seu funcionamento. Nessa análise, a palavra governar adquiriu um significado político, a partir do século XVI, uma vez que o que se governa não é um Estado, um território ou uma estrutura política, mas quem é alvo de governo são pessoas, indivíduos ou coletividades.

A ideia de que os homens são governáveis, segundo o autor, não é uma ideia grega, tampouco romana, mas sim originária do Oriente que se apresenta sob duas formas: primeiro, sob a forma da organização de um poder de tipo pastoral; segundo, sob a forma da direção de consciência, da direção das almas. (FOUCAULT, 2008b, p.166)

O poder do pastor fundamentalmente se exerce sobre um rebanho e um rebanho que se desloca; é um poder que age sobre uma “multiplicidade em movimento”, pois o Deus hebraico é o Deus que caminha, diferentemente do deus grego cujo lugar privilegiado é sua cidade, seu tempo. O poder pastoral é um poder de cuidado que tem como objetivo a salvação do rebanho. Assim, o pastor “cuida do rebanho, cuida dos indivíduos do rebanho, zela para que as ovelhas não sofram, vai buscar as que se desgarram, cuida das que estão feridas” (FOUCAULT, 2008b, p.170).

Outra característica do poder pastoral é que ele não se exerce em força e superioridade, mas se manifesta por meio do zelo e dedicação infinita. Além disso, é um poder individualizante:

“o pastor dirige todo o rebanho, mas ele só pode dirigi-lo bem na medida em que não haja uma só ovelha que lhe possa escapar. O pastor conta as ovelhas, conta-as de manhã, na hora de leva-las à campina, conta-as à noite, para saber se estão todas ali, e cuida delas uma a uma” (FOUCAULT, 2008b, p.172).

A organização do poder pastoral em torno de mecanismos precisos e instituições definidas, assim como a implantação de seus dispositivos de funcionamento, no interior do Império Romano, foram cruciais para a formação de um tipo de poder que segundo Foucault (2008b): “nenhuma outra civilização havia conhecido”.

“o homem ocidental aprendeu durante milênios o que nenhum grego sem dúvida jamais teria aceitado admitir, aprendeu durante milênios a se considerar uma ovelha entre as ovelhas. Durante milênios, ele aprendeu a pedir sua salvação a um pastor que se sacrifica por ele” (FOUCAULT, 2008b, p.174).

A emergência do poder do pastorado, da relação pastor-rebanho como modelo, matriz de procedimentos de governo dos homens só começa com o cristianismo, ou seja, com a institucionalização de uma religião como Igreja que conduz a humanidade à salvação. O cristianismo é uma religião das vontades de Deus para cada indivíduo em particular, não é uma religião da lei, e essa individualização no pastorado cristão se define de três maneiras: pelo jogo e pela circulação dos méritos e dos deméritos; por uma rede de servidões, que implica a servidão geral de todo o mundo em relação a todo o mundo (sujeição); pela relação com a verdade, porém adquirida pela produção de uma verdade interior, secreta e oculta (subjetivação).

“É portanto toda a história dos procedimentos da individualização humana no Ocidente que está envolvida na história do pastorado. Digamos ainda que é a história do sujeito. Parece-me que o pastorado esboça, constitui o prelúdio do que chamei de governamentalidade, tal como esta vai se desenvolver a partir do século XVI. (...) preludia pela constituição tão específica de um sujeito, de um sujeito cujos méritos são identificados de maneira analítica, de um sujeito que é sujeitado em redes contínuas de obediência, de um sujeito que é subjetivado pela extração de verdade que lhe é imposta” (FOUCAULT, 2008b, p.243).

A busca nos serviços de saúde pela salvação ou solução de problemas tem como resposta, técnicas aprimoradas

principalmente no âmbito da atenção primária em que o princípio da integralidade que norteia as ações do Centro de Saúde incorpora um amplo espectro das necessidades humanas como os aspectos físico, psicológico, social, ambiental. A atenção primária foi construída dentro do domínio de saber sobre o ser humano a partir a integralidade, mesmo que no cotidiano do serviço não se a exerce como idealizada, porém se supõe que ela seja parâmetro de verdade no exercício da profissão.

Yo no entiendo la asistencia de otra manera. Nos enseñaron hace tiempo que el ser humano era un ser biopsicosocial y así es (Profissional de saúde)

Por outro lado, observa-se a pouca importância dada à saúde bucal e a dificuldade da prática integral na área, marcada pelo baixo investimento em políticas públicas para a manutenção da estrutura funcional já existente (37; 38).

La salud pública en España, pues la odontología es una promesa electoral que sea de izquierda o derecha, antes de cada elección dicen que van aumentar, van ampliar la cobertura de atención buco-dental en las elecciones y logo siempre se olvidan entre otras cosas porque necesitan una fuerte inversión económica tanto de personal como de recursos que al final no se quiera hacer ni se hace. (Profissional de saúde)

A assistência odontológica para os adultos prevê somente o diagnóstico, apresentando como único tratamento a extração dentária, transferindo para os pacientes a responsabilidade de buscar tratamentos de restauração ou outros na assistência privada. Às crianças destinam-se as ações de promoção e prevenção da saúde bucal, através de revisões periódicas, o ensino da escovação, a aplicação de flúor além de outras. Os tratamentos de restauração, porém, só são permitidos em dentições permanentes. Se assim não for, a opção é a mesma que aquela dada aos adultos: a busca por tratamento na assistência privada ou a extração do dente (39).

Al final ya un poco te acostumbras a eso es decir al principio te llama mucho la atención que a una persona de quince años o dieciocho años que se puede arreglar una muela se la tengas que acabar quitando, pero al final piensas que es la única solución que tiene esa persona es decir que no tiene recursos económicos, nadie la ayuda y también tiene un nivel de responsabilidad ese paciente, ha tenido un abandono de su cuidado personal, no ha venido a las revisiones para hacer un diagnóstico inicial, entonces al final acaba doliendo la muela y la solución es hacer una endodoncia que es quitarle el nervio o quitar la muela. No tiene recursos tiene que quitarla. No es lo mejor para el paciente, no es la mejor alternativa pero es la única que se le puede dar. (Profissional de saúde)

Contudo, a atenção primária é considerada o lugar privilegiado da prática da integralidade, pressupondo-se que suas ações não estão centradas apenas nas enfermidades dos indivíduos, mas que também considera o seu entorno, os estilos de vida, sendo, portanto, mais fácil o exercício do cuidado integral ao paciente na atenção primária do que em qualquer outro nível de atenção (40; 41). Soma-se a isso, o fato de seus serviços estarem próximos da população "nosotros en atención primaria tenemos mucho contacto con las personas y conocemos su medio de vida, donde se desarrolla, donde tiene todo" (Profissional de saúde).

É interessante notar a função da constância exercida pelos profissionais, sobretudo de alguns médicos de família com muito tempo de carreira no mesmo local. São os que permanecem no local e que testemunham a vida dos que transitam, com aviso de chegada e de partida, assim como com histórias e novidades relacionadas diretamente ao estado de saúde ou não.

De hecho algunos se despiden y te dicen "es que me tengo que ir, si me lleva hijo" [...] Vienen y dicen "pues ya estoy aquí" [...] suelen venir sanos, pues si tiene tensiones, pues habrá que controlarle la tensión, el azúcar, el Sintrom, las patologías que tengan, pero vienen un poco te dicen "bueno ya estoy aquí" "¿qué tal has pasado?" "bien, pero ya estoy en mi pueblo, pues ya estoy, pues eso me voy a mi huerto" aunque no haga nada, "hablo con

la vecina, el vecino, ya estoy en mi pueblo, no sé qué, estoy feliz". (Profissional de saúde)

Essa prática em saúde permite articular e exercer nas consultas determinado aspecto da saúde muito ligado à vida trivial, ao movimento do entorno e do interno, às tecnologias de confissão (27; 28). As práticas confessionais estão presentes na vida do sujeito moderno e estão acopladas à produção de subjetividade. Estão ligadas à produção do conhecimento acerca desse sujeito, através do exercício do discurso em relação a si mesmo, de modo a realizar-se um movimento de interiorização, de busca do conhecimento de si, de desvendar sua verdade, a verdade do sujeito. (FOUCAULT, 1995; 1988; 1984b).

Un anciano necesita, es una frase un poco extraña, pero es así, desde que los curas no, no es hacer mucho caso que dicen aquí como ya el cura no me hace mucho caso pues vienen al médico y le cuentan su vida. Qué su vida no es solo la enfermedad, es su preocupación, "pues mire mi hijo le han dejado sin trabajo" o "he tenido un nieto" o en fin cosas que no son sanitarias pero sí que es un conjunto del concepto sanitario que debería ser, el conjunto de la persona, su trabajo, su habitación, su casa, [...] o sea que hay que curar un poco el espíritu, la mente y luego hacemos mucha, escuchamos mucho. Y pasado mañana vienen con lo mismo. Necesitan hablar y alguien que les escuche. Entonces lo hacemos nosotros, que aparte de curar, cuando curamos que a veces no acertamos, escuchamos y eso les va muy bien. (Profissional de saúde)

A relação de proximidade dos profissionais com a população confere aos primeiros um quantum de responsabilidade em função do domínio que detém do corpo do paciente advindo do saber adquirido na prática clínica (42).

Que es lo que nosotros siempre decimos, el paciente es del médico de familia, ¿y tú cuándo va al especialista? Pues ante una consulta que tú necesitas hacer sobre un caso determinado pero el paciente vuelve otra vez a ti. Quien hace la valoración general del paciente eres tú. (Profissional de saúde)

O bom exercício da integralidade supõe a investigação minuciosa, a documentação exaustiva e uma prática clínica atenta a perscrutar o paciente e descobrir o seu segredo.

[...] tenemos un sistema que es la historia clínica, siempre la historia clínica tiene que ser la base de él, de la relación médico paciente. Hay que tener tiempo, hay que dedicar tiempo hacer historias clínicas para que los pacientes estén con su historia familiar, con sus antecedentes familiares, sus antecedentes personales, laborales, eso nos hace ver ese paciente en un todo, su familia, vive con su familia, tiene familia, no tiene familia, vive solo, eso nos hace un poco ver un poco al paciente en su contexto extenso, no solo "me duele la cabeza", le duele la cabeza "un paciente que le duele la cabeza", no. Eso nos hace a veces ver en consultas repetitivas una base que no es solo física, gracias a este tipo de integralidad. (Profissional de saúde)

Sobre o exame, Foucault (1984c) salienta que nele há a combinação das técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza com o intuito de qualificar, classificar e corrigir, a partir de seus rituais, métodos, jogos de perguntas e respostas, sistemas de notas e classificação. No exame há uma superposição das relações de poder e das de saber (FOUCAULT, 1984c, p.164), colocando os indivíduos em vigilância constante possibilitada por meio do dossiê, ou seja, da acumulação de documentos formados por anotações, registros, descrições que por um lado individualizam os corpos e, por outro lado, permitem os cálculos de conjunto:

Graças a todo esse aparelho de escrita que o acompanha, o exame abre duas possibilidades que são correlatas: a constituição do indivíduo como objeto descritível, analisável, não contudo para reduzi-lo a traços 'específicos', como fazem os naturalistas a respeito dos seres vivos; mas para mantê-lo em seus traços singulares, em sua evolução particular, em suas aptidões ou capacidades próprias, sob o controle de um saber permanente; e por outro lado a constituição de um sistema comparativo que permite a medida de fenômenos globais, a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos, a estimativa dos desvios dos indivíduos entre si, sua distribuição numa 'população' (FOUCAULT, 1984c, p. 169)

Ainda sobre a atenção primária, podemos identificar três estratégias de atuação desse dispositivo, as quais denominamos extensiva, transversal e longitudinal. A primeira estratégia, **extensiva**, realiza-se através de programas de saúde, campanhas de prevenção e promoção, intervenções em instituições voltadas à educação em saúde, ou pela simples estratégia de funcionar como porta de entrada - única - do sistema. Ou seja, pretende-se atingir grande quantidade de indivíduos. Além disso, o serviço de atenção primária se responsabiliza pela saúde das pessoas de determinado território geográfico permitindo maior controle da área delimitada - como, por exemplo, no centro de saúde de Molina de Aragón, na ação de escanear regularmente todos os viventes dos povoados pelas consultas de enfermagem.

A estratégia de atuação **transversal** refere-se à visão total do indivíduo, na tentativa de não permitir que se escape nenhum aspecto de sua vida com o intuito de suprir todas as suas demandas. Formam-se redes em torno desse sujeito. Redes independentes, interdependentes, entrecruzadas, interprofissionais, intersetoriais, redes de serviços, redes de diferentes níveis de atenção.

"yo me coordino con los profesionales médicos, con los de enfermera, con el psiquiatra, con el psicólogo, y fuera de mi trabajo del sistema sanitario también, con servicios sociales, Cáritas, Cruz Roja, y entonces sí que se intenta ver a la persona de una forma integral y eso es una base importantísima fue la atención primaria, para ver a la persona sí, tratarla de forma integral."
(Profissional de saúde)

O indivíduo vê-se coberto por todos os tipos de recursos dependendo da especificidade de sua necessidade, seja ela socioeconômica, trabalhista, psicológica, médico-especializada, de urgências médicas, de locomoção, etc. Evidentemente esses recursos são escassos e nem sempre existe coerência na efetivação dessa atenção quando estão envolvidas questões político-administrativas como vinculações orçamentárias (43), fronteiras geopolíticas de

responsabilidades e outras. Um exemplo dessa dificuldade pode ser visto na questão dos encaminhamentos entre serviços de Comunidades Autônomas distintas.

Com as reduções orçamentárias impostas às Autonomias, resultado da crise econômica no país, por um lado, o rigor sobre os repasses de recursos entre comunidades - repasses que se referem a indivíduos atendidos em serviços fora do território de responsabilidade da própria unidade sanitária - aumentou, acarretando restrições nos encaminhamentos de pacientes para serviços de saúde em outras Comunidades Autônomas, mesmo com implicações negativas relacionadas à equidade de acesso do sistema de saúde (44; 45; 46). Por outro lado, a obrigatoriedade da atenção integral aos cidadãos pela Comunidade Autônoma onde vivem é positiva já que impulsiona cada governo a criar uma rede completa de serviços em seu território, estimulando o desenvolvimento de Comunidades Autônomas menos desenvolvidas, consolidando, assim a equidade do sistema (47).

A atenção primária também atua de maneira **longitudinal**, ou seja, em seu domínio de saber estão contemplados todos os fenômenos que se desenrolam ao longo da vida humana. Os indivíduos são acompanhados por meio de tecnologias específicas relativas a períodos de vida, desde seu pré-nascimento até a velhice, como por exemplo, os programas de pré-natal, de puericultura, de saúde da mulher, do idoso, dentre outros.

“Si tú tienes una consulta de pediatría aquí en primaria, conoces a un niño desde que nace, si tú eres el mismo, si de aquí no te vas, si tienes el mismo puesto, conoces al niño desde que nace hasta los catorce años, conoces a los padres desde que nace hasta los catorce años, entonces tienes tiempo suficiente de conocer” (Profissional de saúde)

Diante da complexidade e da completude da atenção ao indivíduo o que surge é um sujeito dependente do saber localizado nos profissionais de saúde. Vê-se pessoas

mobilizando-se - ou se imobilizando - frente às trivialidades cotidianas e buscando ajuda especializada para tais situações (48;49).

Hemos pasado de en España, yo creo, de un país de una higiene, o de una educación sanitaria mínima, a una educación sanitaria con mucha información y parece que todas las personas buscan que tu les expliques porqué tiene cuatro años, porqué tiene un poco de fiebre, porqué camina un poco mal no. (Profissional de saúde)

La población a lo largo de los años también la hemos educado a ser dependiente en lugar de ser autónoma es ser dependiente, cualquier problema que tiene viene aquí a que se lo resolvamos, esto se pasa como en la educación de los hijos, no? Si dirigimos la educación hacia la autonomía la gente resuelve lo que puede resolver. De esta forma con una pequeña cosita que tenga viene para que se le de la opinión, si esto es malo, si esto es bueno, pues hay muy bajo nivel de autonomía la población. Y eso también lo hemos hecho nosotros, favoreciendo que sean dependientes que no autogestionen su salud. (Profissional de saúde)

Entonces hemos pasado de aguantarnos de tener una sanidad no mala a una sanidad muy buena pero excesivamente paternalista. "Ven aquí que te hago todo para ti". (Profissional de saúde)

Ahora mismo en este país se consulta por todo. [...] Un catarro se ha curado siempre en casa en siete días, con reposo, aspirina o paracetamol y hay veces que ahora se vienen tres veces por un catarro. (Profissional de saúde)

Em decorrência vemos a transformação da carreira da medicina de família se consolidar enquanto uma especialidade com todas as etapas de formação em residência na área, a profissão de enfermagem requerendo esse espaço por identificar aí estratégia para ampliar formalmente seus domínios de poder associado ao saber especialista e consequente desdobramento econômico, assim como a atuação da pediatria nos centros de saúde (50;51;52).

Na medida em que o saber se especializa e se difunde no tecido social através de sua oferta acessível nos serviços de saúde, aumentam a necessidade de saber sobre o próprio corpo e as demandas na busca do cuidado. O processo se reverte na

produção de pessoas dependentes do saber médico e da ilusão de controle sobre seu próprio corpo que este saber lhes confere (48;55;56).

Em termos de governo de condutas, verifica-se no campo investigado, o entrecruzamento entre a forma de governo de si e a de governo dos outros. E é exatamente nesse local onde se situa os modos de objetivação-subjetivação na sociedade ocidental (CASTRO, 2000, p.190).

Política y economía por encima de todo. Para mí la sanidad y la educación deben ser unos bloques inamovibles, porque hay que ir modificándolos según vayan cambiando los tiempos y las necesidades sociales y sanitarias, pero no deberían estar a expensas de la idea del político de turno, porque está muy por encima de la política.
(Profissional de saúde)

CAPÍTULO V

A arte liberal de governar

A análise do próximo território permite-nos observar um espaço bastante distinto do Centro de Saúde de Molina de Aragón, dado os fluxos que atravessam a vida numa capital. Apesar de a cidade de Guadalajara não ser um polo econômico importante, o fato de ser capital da província centraliza grande parte das atividades político-administrativas e de gestão dos órgãos públicos, assim como as atividades de comércio e prestação de serviços tendo como consequência uma maior concentração populacional.

Refletindo bem essa realidade, o centro de saúde Guadalajara Sur está localizado no primeiro piso do prédio onde se encontram a administração do SESCOAM e alguns serviços especializados. Funciona pelas manhãs com sua equipe completa e pela tarde com dois médicos e dois enfermeiros.

A maior problemática enfrentada diariamente pelos profissionais de saúde é o grande número de pessoas a serem atendidas principalmente em consultas. O resultado é o aprisionamento do profissional no trabalho repetitivo e isolado em seu consultório, pressionado pelo ritmo acelerado imposto pela quantidade de pessoas que esperam à sua porta em razão das horas de sua jornada de trabalho. Esse fato lhe confere a constante sensação de que sempre falta tempo para cumprir seu trabalho de maneira correta, a partir daquilo que acredita ser a finalidade da atenção primária (53)

Lo que pasa es que me falta tiempo. [...] Pero, bueno, si quieres llegar a todo tienes que trabajar

muy deprisa, todo depende del número de personas que vengan. Si vienen pocas personas se trabaja muy bien, si vienen muchas personas tienes que renunciar a cosas, vas dejando cosas por ahí. (Profissional de saúde)

[...] cada vez hay más enfermos crónicos pero como no podemos dar tiempo a hacer medicina preventiva, pues al no darnos tiempo a hacer medicina preventiva pues cada vez tenemos más problemas. Cuanto más enfermos hay, más trabajamos pero como trabajamos curando las enfermedades y no previniéndolas, pues nunca resolvemos el problema. (Profissional de saúde)

O aumento da demanda também é fruto da ampliação das competências do centro de saúde na medida em que a atenção primária foi crescendo em significância funcional e estrutural, apoiada na importância socialmente reconhecida, com aumento do investimento de recursos na área, principalmente a partir da Reforma Sanitária em mil novecentos e oitenta e dois (54).

Y sobre todo la masificación, el aumento de competencias, el aumento de actividades que nos han ido encargando con el paso de los años... es que en los primeros tiempos el médico se limitaba a hacer lo que le pedía el paciente y ahí se acababa todo y con el paso de los años pues actividades preventivas, protocolos, búsqueda de patologías que antes no buscabas y luego pues que toda la medicina en general pues se ha ido haciendo más complicada y más compleja. Eso es bueno, quizá el aspecto un poco más negativo ha sido la masificación, un aumento de la demanda incontrolado. Excesivo número de personas en consulta sin ningún límite. [...] Grosso modo por parte nuestra porque quizás hemos, entramos demasiado fuerte a hacer todo tipo de pruebas y estudios de la población, la ilusión con la que entrábamos hacia que estudiáramos a todo el mundo, a todas las cosas, y luego coincidió también que a nivel económico del país fueron unos años económicamente parecían muy buenos, aparentemente buenos, y yo creo que la gente abusaba un poco de exceso de expectativas, todo el mundo quería hacerse todo el tipo de pruebas, se pensaba un poco en el coste de todo eso, coste en personas, en dinero, y que luego la gente se ha acostumbrado a pensar que todo tiene solución y que todo se estudia, todo se diagnostica y todo se cura. Y yo creo que ahí todos nos pasamos de la raya, tanto los pacientes como los sanitarios, y los médicos sobre todo. Excesiva medicalización, excesivos

diagnósticos, excesivos tratamientos, quizás se tenía que haber incidido más en normas higiénicas, dietéticas de la población y no tanto medicamento. [...] Los primeros años le tenía que decir a la gente que se tenía que tomar la tensión, que tenían que hacerse análisis, porque la gente no lo pedía, con el paso de los años hay que decirles que no hay que hacerse tantos análisis, que no hay que hacerse tantas cosas. Y eso ha sido culpa nuestra en parte. (Profissional de saúde)

Está presente o enunciado de que a "massificação das consultas" advém da facilidade do acesso trazida pela gratuidade do sistema além da estratégia da atenção primária para a universalização da saúde (57). O processo da reforma sanitária que determinou a universalidade do sistema, coadunado ao da redemocratização do país, trouxe a incorporação do discurso dos direitos sociais na vida cotidiana das pessoas. Assim, quando questionadas pelo profissional de saúde sobre o uso excessivo do serviço público de saúde em detrimento aos altos custos gerados ao Estado, respondem: "Oiga es que yo he cotizado toda mi vida y ahora tengo derecho" (Profissional de saúde).

Fica claro o sentido que alguns profissionais dão ao termo "massificação", decorrência de práticas observadas em consultas conduzidas de maneira rápida e operacional/mecânica - tais como as de renovação de licenças-saúde e de receitas de uso contínuo -, ou seja, aquelas que dão ao cliente exatamente aquilo que motivou a busca da consulta são interpretadas como puro consumo provocado pelo simples direito ao uso do serviço. A forma como os profissionais explicam os problemas identificados com o excesso de demanda está relacionado ao papel de consumidor assumido pelas pessoas que buscam o serviço, no sentido de que elas se sentem no direito de utilizar os serviços públicos por terem contribuído com o Estado através de impostos e, portanto, requerem o serviço como um produto já pago, corroborando uma óptica capitalista a

invadir o campo da saúde transformando-a em mais uma entre tantas mercadorias¹⁴.

A alta demanda por consultas médicas e de enfermagem - além de atribuída ao aumento da busca pelo serviço advindo da universalidade e da facilidade no acesso ao sistema de saúde (57) - é também imputada ao próprio processo de trabalho como a falta de limite máximo para o número de pacientes atendidos por dia. Apesar de haver o agendamento prévio, todas as pessoas que solicitam por consulta à recepção, apresentando algum tipo de intercorrência, são encaixadas no período. A pressão no trabalho cotidiana - gerada pela quantidade de pessoas que esperam - é agravada pelo atraso do horário de atendimento.

A explicação para o atraso é o aumento de trabalho que os profissionais passaram a executar desde a implantação dos sistemas informatizados nos serviços. Além disso, a ferramenta da informatização promove o acesso a um volume maior de dados clínicos do paciente e a checagem dessas informações consome tempo das consultas. A forma de se atingir a meta de atender a todos na jornada diária de trabalho é encurtando o tempo de cada consulta. Com a consulta enxuta, uma investigação clínica mais cuidadosa torna-se impraticável o que obriga os profissionais a encaminharem o paciente a especialistas (58). Ou, no sentido inverso, deixam de encaminhar casos que precisariam de atendimento de outros profissionais:

[...] la gente está muy presionada en las consultas con el trabajo que tienen y entonces a veces tampoco tienen tiempo para hablar con el paciente de otros temas, o preguntarles por otras cosas que les afectan, eso supondría una derivación al trabajador social, es decir, si dedicas un poquito más de tiempo al paciente, o ves la trastienda de un problema que la enfermera, el médico ven la trastienda del problema que presenta el paciente en la consulta, pues si pregunta un poquito más pues ya en seguida va a ver que le pasan otras cosas que

¹⁴ Para a discussão sobre a lógica da produção capitalista no processo de trabalho em saúde ver Mendes-Gonçalves (1994)

tienen que ver no sólo con su tensión o con el peso o con el motivo de consulta por el que ha ido al médico, sino que tiene que ver con un problema familiar o laboral o de otro tipo que tiene más que ver con el trabajador social y eso es lo que debería derivar. (Profissional de saúde)

Uma consequência nefasta, à qual se referem os profissionais - gerada pela prática das ações curativas em detrimento das preventivas - é o estímulo ao excessivo uso de medicamentos (59; 60). O tema da medicamentação associa-se ao do alto número de consultas devido à resposta rápida dada pelos medicamentos aos problemas trazidos pelos pacientes nas consultas, dando resposta à pressão advinda da falta de tempo provocada pela quantidade de pessoas. Entretanto ele não se explica nem se limita a essa situação e engloba outras questões que extrapolam o espaço descrito nessa seção envolvendo um modo de vida da modernidade - e, portanto, transversal em nossa época.

Vemos a produção do saber em torno dos processos bioquímicos do corpo agir enquanto peça de um dispositivo político ao articular-se com a estrutura econômica (MACHADO apud FOUCAULT, 1984a), formalizada na indústria farmacêutica. A pressão dos esquemas da indústria farmacêutica na busca de seus interesses econômicos e a facilidade no acesso aos medicamentos no setor público contribuem para o excessivo consumo de medicamentos (61).

Além disso, o exercício da manutenção da saúde associada ao consumo de medicamentos leva ao enquadramento da consulta - local onde se garante o acesso ao produto - e sua avaliação segundo a prescrição dada (62). Outro fator que contribui para o uso abusivo de medicamentos presente nos enunciados é a gratuidade (63). Embora a demanda por medicamentos seja endossada pela própria população, a responsabilização também é atribuída aos profissionais que geram a procura por medicamentos ao prescreverem sistematicamente em consulta a terapêutica medicamentosa aos pacientes:

El señor se los toma porque alguien se los ha puesto. Se puede tomar uno porque quiere, un anti-inflamatorio, un analgésico, que tú se lo das solo una vez y te lo sigue pidiendo, y se lo toma por su cuenta. Pero en general, una persona mayor con pluripatología que lleva quince medicinas, son nueve o diez, me da igual, las que sea, no se las ha inventado. Se las ha puesto alguien. Ha pasado por cuatro especialistas, por tu consulta y le han ido poniendo una y otra y otra. (Profissional de saúde)

Por outro lado, também é compartilhada a falha da ênfase preventiva e de promoção da saúde dada nas ações cotidianas com a condução política do governo que não promoveria incentivos nesse sentido (64). Outras críticas são dirigidas ao atual governo, como aquelas relacionadas à alteração das regras de copagamento dos medicamentos: houve a diminuição do subsídio no pagamento dos medicamentos, acarretando um relativo aumento do valor a ser pago pela população pelos mesmos (65).

La única medida para ahorrar no es sólo el copago, a veces el copago lo que puede hacer es excluir a personas que realmente necesitan ese medicamento pero que no lo pueden comprar porque es muy caro. (Profissional de saúde)

Porém a principal crítica direcionada ao atual governo refere-se à privatização do sistema: "la política actual sanitaria que hay por lo menos lo que yo veo, los gobernantes sanitarios actuales intentan privatizar la sanidad pública" (Profissional de saúde). A discussão sobre a privatização foi desencadeada pela entrega da gestão de serviços públicos de saúde a empresas privadas. A reação de alguns profissionais é de dúvidas e de desconfiança. Já outros expressam a convicta discordância com a medida que segundo o governo está voltada à contenção de gastos.

Más que nada intentos que estamos asistiendo en muchos sitios en nombre de la crisis económica, intentos de privatizar el sistema. En Madrid es escandaloso. Es decir en nombre de que no tenemos suficiente presupuesto para mantener el servicio

público lamentablemente tenemos que echar mano del sistema del servicio privado. Claro, esto nos hace dudar a muchos que ahí hay intereses, claro, puede que sí, puede que no pero en principio nos hace dudar a muchos que hay muchos intereses económicos detrás de esto, claro. (Profissional de saúde)

Ou seja, a interpretação enunciada para a adoção das medidas é a da tentativa de demonstrar que a gestão privada é superior à pública explicitando claramente um interesse de passar os serviços públicos ao setor privado, direcionando ao setor público para a população de baixa renda:

Claro cuando casi todo se ha privado ¿qué va a quedar de lo público? Pues va a quedar la gente sin recursos, los inmigrantes, los pobres, los ancianos con poca pensión, ¿qué vamos nosotros a atender? Pues población sin recursos, pues bien, o sea vale, pero no diga que ha sido porque la privada era mejor sino porque usted ha decidido traspasar el dinero público a la privada, o sea porque es que, esto no es que la privada pone dinero y arriesga, eso ya lo hay, no, no, es que cogen el dinero público para ser administrado por un gestor privado, es que eso no es. [...] La privada siempre está, usted siempre puede ir a la privada cuando quiera, pagar y punto. Cuál es el cambio ahora, el cambio es el cambio de gestión. Entonces, usted coge el dinero de sus impuestos y en vez de gestionarlo un gestor público lo gestiona un gestor privado, una empresa. (Profissional de saúde)

Segundo os profissionais avessos a esse movimento o problema é a visão privada da saúde: "Lo privado es con ánimo de lucro, el que monta una empresa sanitaria privada la monta pues si, para hacer un servicio tal pero para ganar dinero. Lo público no es para ganar dinero, es para emplearlo bien" (Profissional de saúde). Além disso, temem pelas consequências futuras desse caminho aberto para o setor privado invadir os serviços públicos de saúde, abrindo precedentes para que a iniciativa privada separe casos rentáveis e não rentáveis, atuando só nos primeiros:

Lo que quieren es parasitar el sistema público para casos no rentables y privatizar los casos rentables, económicamente rentables. Una enfermedad que origina una invalidez y que exige una

prestación y muchas operaciones, y muchas intervenciones tiene que ser vista por el sistema público. Una enfermedad que se puede curar y el ciudadano puede seguir pagando cuotas que hace rentable un sistema mutual, un sistema capitativo, un sistema mutual capitativo, pues es una situación rentable y por tanto tiene que ser privada. (Profissional de saúde)

A principal implicação é o rompimento do princípio da equidade do sistema: "la sanidad tiene que estar garantizada aunque no tengas dinero. Y yo que veo por lo que esta haciendo el gobierno actual es que en un futuro si esto sigue así el como te atiendan va depender mucho de que tengas o no tengas dinero". (Profissional de saúde)

Por sua vez, a partir de outro posicionamento, a problemática não se encontra na ameaça à equidade do sistema, uma vez que se houver a privatização dos serviços de saúde, ele continuará sendo financiado por meio dos impostos, assim como não serão feridos os princípios de solidariedade e universalidade, nem a acessibilidade do sistema. Ela se encontra no desmantelamento do modelo de sistema implantado na reforma sanitária e na volta ao modelo assistencialista sob a insígnia da prática biomédica poderosa. Isso se daria porque os interesses econômicos do setor privado são incompatíveis com as propostas da atenção primária de prevenção e promoção da saúde (66).

Ainda sobre a privatização aparece um enunciado que a vê como ameaça direta ao Estado e aos direitos sociais, tomando como base o modelo americano para criticar a política liberal que a sustenta, denominando-a de 'americanização dos sistemas sociais'. Como contraponto diz:

Entonces tenemos que tener siempre al Estado como un elemento intermediario que haga posible las necesidades racionales de la sociedad, tiene que haber un Estado, tiene que haber una persona que mire por el futuro de todos de la sociedad. No podemos ir cada uno a lo nuestro, eso es inimaginable [...] La única manera de que no haya violencia en la sociedad es que el Estado garantice

a todos en pie de igualdad una misma garantía que es la garantía de la educación y la salud gratuita. Esa es la única garantía de la no violencia.
(Profissional de saúde)

Aqui a política liberal aparece como antagônica ao Estado de bem-estar social, este último que proveria à população as necessidades básicas como saúde e educação e garantiria assim a paz social bem como a sustentabilidade do planeta. Ao contrário, ela promoveria uma sociedade violenta e autodestrutiva. Segundo o raciocínio, a Espanha, assim como os outros países da Europa, estaria sofrendo a ameaça das forças econômicas de outros países (67) e o atual governo corroborando para que esse perigo venha à tona.

Estado tiene que proteger a todos, esto es, así ha sido siempre. Ahora como no hay dinero pues no quiere, el Estado, el gobierno actual, que es un gobierno que procede en parte de la dictadura, aquí hubo una dictadura durante cincuenta años, casi todos son hijos de la dictadura, pues quieren acabar con el sistema pero simplemente para hacer daño. Para hacer daño, sabes. En el fondo lo que quieren destruir el sistema, destruirlo.
(Profissional de saúde)

Esse território levanta alguns pontos importantes a serem analisados na arte de governar, a partir do Estado, dando continuidade às discussões realizadas anteriormente acerca dessa nova racionalidade que ganha força no século XVIII que é o governo das populações e das condutas. Assim, partindo da existência de fenômenos, de processos e de regularidades na população, esse governo tem como instrumento intelectual, como racionalidade de sua prática governamental, a economia política.

A principal mudança da nova prática de governo reflete-se no raciocínio de sua autolimitação, ou seja, o critério da ação governamental não se refere mais à legitimidade ou não de suas práticas, mas sim à relação dos efeitos em termos de sucesso ou fracasso. Desse modo, a nova razão governamental não gira mais em torno do direito como nos séculos

precedentes, mas é limitada pelo perigo do excesso de governo, já que regida pela lógica do equilíbrio da autoregulação dada pela econômica política. Foucault denomina esse novo regime de verdade:

“O que é esse novo tipo de racionalidade na arte de governar, esse novo tipo de cálculo que consiste em dizer e em fazer o governo dizer ‘aceito, quero, projeto, calculo que não se deve mexer em nada disso? Pois bem, acho que é isso que se chama em linhas gerais, ‘liberalismo’”. (FOUCAULT, 2008c)

Explicita-se nas entrevistas a crítica ao liberalismo atribuindo a ele os problemas da privatização do serviço e da restrição das políticas sociais, bem como a mercantilização da saúde – seja no consumo de serviços, seja no de medicamentos – já que se associa à essa forma política de condução do governo à economia de mercado. Embora a oposição Estado versus política liberal esteja presente no discurso crítico da chamada esquerda política na Espanha, Foucault (2008b; 2008c) aponta, a partir de seus estudos sobre a genealogia da governamentalidade, que a perspectiva econômica é constitutiva da razão governamental.

A estratégia do Estado¹⁵ para se manter e se fortalecer frente aos processos de urbanização, de crescimento demográfico e de ascensão do capitalismo que se desenvolviam no século XVIII, se deu através da incorporação da Economia no governo da população. Nesse sentido, a economia de mercado não reduz a governamentalidade, em outras palavras, a ação do Estado não é restringida pelo mercado o que o levaria a atuar contra os efeitos do mercado: “ao contrário, ela indica, ela constitui o indexador geral sob o qual se deve colocar a regra

¹⁵ O foco de análise de Foucault é a Europa Ocidental, ou seja, está falando da história dos países europeus que desenvolveram seu governo a partir do sistema capitalista e de uma economia de mercado em sua generalidade. Em Nascimento da Biopolítica o autor desenvolve com maior detalhe o desenvolvimento da racionalidade liberal na Alemanha e nos Estados Unidos.

que vai definir todas as ações governamentais” (FOUCAULT, 2008c).

Posta a situação do Estado liberal, a principal questão para o autor, é “saber até onde vão poder se estender os poderes de informação políticos e sociais da economia de mercado” (FOUCAULT, 2008c). Em outras palavras, como regular o exercício do poder político baseado em princípios de uma economia de mercado - dilema esse explicitado em entrevista na dura crítica ao governo de situação, cuja condução política é considerada neoliberal, associando-o ao governo de Franco (1936-1975), ao chamar os governantes de “filhos da ditadura”. Essa passagem pode ser explicada com o seguinte raciocínio: com a crise econômica o governo toma medidas de restrição das políticas sociais para a contenção de gastos públicos; as consequências imediatas dessas restrições são sentidas pelas pessoas dependentes dessas políticas sociais e aquelas atingidas pela crise que passam a fazer parte dessa população; mesmo com protestos contra essas medidas o governo mantém a decisão justificada pela situação de crise; logo o governo é descrito como um governo neoliberal, uma vez que suas decisões políticas apoiam-se num cálculo econômico, e como um governo autoritário, já que não absorve as demandas e desejos dos governados. O raciocínio do enunciado é concluído com o posicionamento de que o Estado deve garantir a segurança da população e que “mire por el futuro de todos de la sociedad”, através da garantia à educação e à saúde.

Foucault, por sua vez, realiza outra análise ao estudar o neoliberalismo na Alemanha. O desenvolvimento do ordoliberalismo alemão foi possível dado ao que o autor chama de “fobia do Estado”, sentimento esse deixado pelo rastro histórico do nazismo. A maneira como o Estado da Alemanha encontrou para se reestabelecer e voltar a inspirar confiança foi através do desenvolvimento econômico e de sua política de “menos Estado”, em que a liberdade de mercado torna-se o

princípio organizador e regulador do Governo. Ou seja, o Estado não regula o mercado, é regulado por ele.

Se o liberalismo clássico defendia um mercado livre, a partir da troca livre entre dois parceiros sem a intervenção de um terceiro, de uma autoridade como o Estado, afirmando o princípio da concorrência como organizador do mercado, o ordoliberalismo, por sua vez, vai considerar esse laissez-faire uma 'ingenuidade naturalista', e dizer que a concorrência não é um dado natural, mas resultado de um esforço, produzida por uma arte governamental. Nesse sentido, "é necessário governar para o mercado, em vez de governar por causa do mercado" (FOUCAULT, 2008c, p.165).

A forma de agir, portanto, será através de uma 'política de moldura', ou seja, a intervenção é feita sobre dados que não são diretamente econômicos, porém condicionantes, a saber, a população, as técnicas, o regime jurídico, o solo e clima, etc.

A programação liberal ou neoliberal tem como oposição a economia dirigida, planejada sob o intervencionismo direto do Estado, como são as políticas de bem-estar do tipo keynesianas. As políticas sociais keynesianas têm como função fortalecer as condições de acesso das pessoas aos bens de consumo - a socialização do consumo - e servem como políticas compensatórias frente aos processos de exclusão econômica que, de maneira desregrada/selvagem, gerariam desigualdades e destruiriam a sociedade no longo prazo. Portanto, numa economia de bem-estar, quanto maior é o desenvolvimento econômico, mais intensa e generosa é a política social reinserindo os excluídos no mercado de consumo.

Contrariamente, para os ordoliberais, a política social para se integrar à política econômica não pode ter como objetivo a igualização e socialização do acesso aos bens de consumo já que a regularização econômica ocorre justamente em

função do mecanismo de concorrência, ou seja, pelo jogo das diferenciações. A transferência de renda subtrai o que seria destinado ao investimento para o consumo. De tal modo, a política social é realizada de maneira a possibilitar que o indivíduo tenha rendimentos suficientemente elevados para que possa individualmente ou coletivamente garantir o suprimento de todas as suas demandas e a segurança contra riscos como a doença, a morte, a invalidez.

Logo, a verdadeira política social se daria fundamentalmente através do desenvolvimento econômico. Essa radicalidade do pensamento ordoliberal não se instaurou efetivamente na Alemanha. Há, segundo Foucault, assim como na Europa,

“uma variante relacional entre diferentes regimes, em diferentes situações políticas, e o estabelecimento do princípio de que a diferença essencial não era entre socialismo e capitalismo, mas sim entre uma política liberal e qualquer outra forma de intervencionismo econômico, quer ele adquira a forma relativamente suave do keynesianismo, quer ele adquira a forma drástica de um plano autárquico como o da Alemanha” (FOUCAULT, 2008c).

É interessante notar como esse movimento de deslocamento de posição do governo na condução das políticas é nítido na Europa e no caso específico na Espanha, diante dos acontecimentos econômicos e políticos atuais engendrados pela crise econômica europeia. Nas últimas décadas, desde a crise do Estado de bem-estar social que ocorre em meados da década de 1970 (OFFE, 1983, p. 225-246) cresce a tendência de políticas neoliberais entre os Estados europeus - como Foucault aponta estar ocorrendo na época de seu curso, em 1978 na França - que ele vai chamar de política social privatizada. Esse processo fica bastante evidente nas entrevistas quando o tema a ser discutido é a transferência da gestão dos serviços de saúde públicos a segmentos privados.

O autor aponta ainda a diferenciação entre o liberalismo como aparece na França - e que pode ser identificada também na Espanha - e nos Estados Unidos:

"por todas essas razões históricas, o liberalismo americano não é - como na França nesses dias, como ainda era na Alemanha no imediato pós-guerra - simplesmente uma opção econômica e política formada e formulada pelos governantes ou no meio governamental. O liberalismo, nos Estados Unidos, é toda uma maneira de ser e de pensar. É um tipo de relação entre governantes e governados, muito mais que uma técnica dos governantes em relação aos governados. Digamos, se preferirem, que, enquanto num país como a França o contencioso dos indivíduos em relação ao Estado gira em torno do problema do serviço e do serviço público, o contencioso nos Estados Unidos entre os indivíduos e o governo adquire ao contrário o aspecto do problema das liberdades. É por isso que eu creio que o liberalismo americano, atualmente, não se apresenta apenas, não se apresenta tanto como uma alternativa política, mas digamos que é uma espécie de reivindicação global, multiforme, ambígua, com ancoragem à direita e à esquerda. É também uma espécie de foco utópico sempre reativado. É também um método de pensamento, uma grade de análise econômica e sociológica" (FOUCAULT,2008c)

Dáí o estranhamento de alguns entrevistados espanhóis, advindo das práticas e modo de vida americano, que pensam existir nos Estados Unidos um caos em relação aos direitos e consideram seu sistema de saúde inumano e apoiado exclusivamente no lucro, na avareza, na cobiça, no afã de enriquecimento de poucos. (67;68)

Contudo, apesar de toda a leitura crítica dos que estão envolvidos no âmbito da saúde sobre os processos econômicos e seus reflexos nos comportamentos consumista da população e predatório das empresas capitalistas revelando a ineficácia governamental ou ainda seu caráter neoliberal, Foucault (2008c) ressalva que o governo neoliberal não é um governo econômico - que reconhece e observa as leis econômicas -, mas sim um governo de sociedade.

"Em outras palavras, tratar-se-ia, nessa arte neoliberal de governo, não de normalizar e

disciplinar a sociedade a partir do valor e da forma mercantis, tampouco voltar àquele modelo da sociedade de massa, da sociedade de consumo, da sociedade de mercadoria, da sociedade do espetáculo, da sociedade dos simulacros, da sociedade velocidade. [...] O que se quer reconstituir não é o homem consumidor, mas sim o homem da empresa e da produção. Uma sociedade indexada, não na mercadoria e na uniformidade da mercadoria, mas na multiplicidade e na diferenciação das empresas” (FOUCAULT, 2008c).

Nessa formalização da sociedade com base no modelo da empresa, na diferenciação dos indivíduos que agem sob a perspectiva da concorrência, aparece a necessidade de redefinições da instituição jurídica e das regras de direito necessárias numa sociedade regulada a partir da economia de mercado. Aqui acabamos por caracterizar o modo desse governo operar sob a égide liberal, no capítulo a seguir discutiremos as consequências da arte liberal de governar para o campo dos direitos.

CAPÍTULO VI

O direito à saúde e a verdade

Em abril de 2012, em meio a medidas de contenção do sistema de saúde, a fim de garantir sua sustentabilidade, foi publicado o Real Decreto-Ley 16/2012. O decreto argumenta sobre o crescimento desigual do sistema de saúde no território nacional, atentando para a falta de adequação e de enfoque na eficiência com morosidade na atenção e perda da eficácia da gestão, bem como com déficit nas contas públicas do setor.

Ao mesmo tempo traz à tona a necessidade da incorporação de inovações terapêuticas e clínicas frente ao envelhecimento da população, além de reafirmar a garantia da igualdade assumida através de uma carteira básica de serviços prestados, com financiamento público, universal e gratuito. Faz alusão ao impacto da crise econômica e a “pressão” da União Europeia para que o país adote medidas restritivas a exemplo dos demais membros que estão otimizando seus modelos assistenciais e farmacêuticos nacionais.

Contudo o trecho mais polêmico que inseriu a discussão das práticas universais e direito à saúde é o capítulo I “De la asistencia sanitaria en España” que define quais são as condições nas quais os indivíduos devem se enquadrar para que esteja assegurada a assistência da saúde e qual o tipo de assistência que se prestará para os que não se inserirem nesses parâmetros. Em suma, para aceder a todos os serviços disponibilizados pelo sistema público de maneira gratuita a pessoa deve ter nacionalidade espanhola ou de algum Estado membro da União Europeia, do Espaço Econômico Europeu ou da Suíça que residam na Espanha, bem como os estrangeiros portadores de autorização para residirem em território espanhol e seus cônjuges e dependentes - menores de vinte e

seis anos e pessoas deficientes com grau igual ou superior a 65% (ESPAÑA, 2012).

Aos estrangeiros não registrados nem autorizados como residentes no país o decreto dispõe a assistência em situações especiais para as seguintes modalidades:

“a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. b) De asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles” (ESPAÑA, 2012).

Em meio a essas mudanças legislativas no país, o cartão de saúde torna-se sinônimo de acesso ao sistema (69), dado o fato de que uma pessoa somente consegue agendar consultas em qualquer serviço, seja na atenção primária ou na especializada, se estiver portando o documento (sua apresentação não é exigida nos serviços de emergências). A lei de restrição para a emissão do cartão a pessoas imigrantes com situação irregular no país é recente - transcorreu em torno de um ano de sua promulgação até o momento da pesquisa de campo do estudo - e se insere no cotidiano dos profissionais e pacientes de modo a gerar conflitos éticos, mudanças nos procedimentos de trabalho e evidenciar as desigualdades sociais determinadas a partir da categorização por tipos de pessoas. A medida provoca distintos movimentos como o de rejeição baseado nos ideais sociais-democráticos, assim como os apoiados em discursos nacionalistas.

Entretanto, a análise dos enunciados dispostos não seguiu o caminho da identificação de tipos de consciência, das diferentes percepções do fato, tampouco das ideologias que moveriam os discursos, porém procurou dar visibilidade às táticas e estratégias do poder nesses acontecimentos (FOUCAULT, 1984a, p.164). Assim, a partir dessa perspectiva, verifica-se que o exercício do poder está localizado em torno da determinação de quem possui o direito e de quem não tem o

direito à saúde traduzido no acesso ao sistema de saúde. Visualizamos os seguintes mecanismos estratégicos: o aparelho jurídico-administrativo, o governamental que se move a partir dos imperativos político-econômicos e o da segurança populacional.

No âmbito do que chamamos de **aparelho jurídico-administrativo**, a validação do direito ao uso dos serviços de saúde é dada pela instância administrativa responsável por verificar se o indivíduo se enquadra nos quesitos já determinados a priori por meio de decretos, leis e normativas. Como a questão do direito já está resolvida em outros níveis decisórios, são possíveis o funcionamento normal do serviço e a abstenção da discussão sobre o tema.

"yo no pregunto si un paciente tiene derecho a ser asistido o no. El paciente va abajo en el mostrador y si tiene tarjeta sanitaria y tiene número de seguridad social es incluido y es tratado. O sea es que tratamos a todo el mundo. Esa es la universalidad del sistema sanitario público español, que todo el mundo está cubierto por la asistencia sanitaria." (Profissional de saúde)

¿Quieres saber mi parecer acerca de la necesidad de la universalidad de la atención a los pacientes? [...] Pues es que a lo mejor la trabajadora social es la que mejor te puede orientar acerca de eso. (Profissional de saúde)

En ese sentido no decido nada, si quiere alguien que necesita asistencia te lo encuentras allí mismo pues haces lo que puedas por él no, pero dos pacientes ahora mismo, hay una serie de pacientes que han perdido el derecho a la asistencia y antes no era así, y los profesionales desde dentro la mayoría poco podemos hacer por ellos, no sé si me explico. (Profissional de saúde)

Es que digamos que a mí me llegan ya a enfermería, a medicina, le llegan filtrados, entonces quien se choca con esto es el administrativo que tiene que facilitar ese pase, el laboratorio vine todo a través de cita, si alguien no tiene derecho a la asistencia, ya no le van a poder dar esa cita, luego no nos va llegar. Entonces lo percibimos un poco de manera tangencial, porque quien lo percibe es el administrativo que tiene que estar en tarjeta sanitaria, tiene que estar denegando esta tarjeta sanitaria y la asistente social que le van a ir con la problemática con la que se encuentran. (Profissional de saúde)

Si alguien quiere saber si tiene cobertura sanitaria o no, o tiene derecho, en que situación está, se tiene que pasar por esa oficina. [...] Y allí ya le van a decir si tiene derecho, si no tiene. (Profissional de saúde)

O tensionamento no serviço causado pelas pessoas sem cartão de saúde válido foi consideravelmente diminuído em alguns centros de saúde. Anteriormente a reunião de documentos necessários e a emissão do cartão de saúde eram realizados pelo centro de saúde, porém essa atividade passou a ser realizada pela assistência social em outro local. Ainda assim, mesmo havendo medidas para proteger e isentar os profissionais do enfrentamento da problemática, eles esbarram com ela.

Pues es muy fuerte decirle a una persona que no tiene asistencia y requiere y no tiene dinero para... [...] Pues nosotros tenemos que ponerle pegas, bueno pegas no, decirles que no porque no tienen acceso a ello. No te sientes bien, porque le estás negando, yo que sé, a un paciente unas tiras de glucemia y si no se toma la glucemia le puede dar algo y... (Profissional administrativo do CS)

O discurso de resignação que se coloca em resposta às restrições no acesso ao sistema determinadas pelo decreto aparece com mais força ao se tratar de imigrantes, pois quando se referiu à exclusão de espanhóis do direito à gratuidade dos serviços de saúde, a sociedade civil não permitiu que a medida prevalecesse. (70)

O aparelho jurídico-administrativo passa a funcionar como mecanismo de poder e permite a circulação do enunciado do *ahorro económico* frente à desventurada crise que aflige o país atrelado ao funcionamento do **mecanismo governamental**. A intervenção do Estado através de medidas de contenção econômica, mesmo repercutindo em descontentamento e protestos da população, fortalece a governamentalidade uma vez que se apresenta como tomada do controle da situação em meio aos inevitáveis imperativos postos pela ordem econômica - racionalidade já discutida no capítulo precedente. Ainda mais

quando a intervenção sugere proteção aos cidadãos do país como é o caso do decreto em questão.

Tiene que ser equitativo, pero también se tiene que de alguna manera reestructurar el sistema para que permita que no haya discriminación positiva, es decir, que todos más o menos tenemos que estar en las mismas igualdades, es decir, no puede ser que una persona que de alguna manera aporta al sistema su trabajo, sus ingresos, paga los impuestos, etc. acceda a los mismos servicios, o tenga menos capacidad de acceder al servicio que otras personas que no lo hacen, no sé si me explico bien. O sea, a nivel de inmigración por ejemplo. La equidad es estupenda, siempre y cuando todos partamos más o menos de la misma base. No puede ser que una persona que no aporta al sistema absolutamente nada, ni trabajo, ni dinero, ni nada, pueda acceder de igual manera o incluso por encima, de otra que sí que lo hace. [...] Yo creo que tenemos que tener un sistema universal pero controlado. Hay en España, y cada vez se está demostrando con el tema de la crisis, cada vez está saliendo más, se ha abusado de ese principio de universalidad y equidad, se ha abusado. Entonces, claro, ahora no es sostenible y como no es sostenible hay que volver a estructurarlo de una forma que permita que vuelva a ser sostenible pero con unas medidas. Yo no digo que no haya que tratar por supuesto no creo que no haya que tener... dejar morir a alguien sin tratamiento porque no tenga dinero, no, no eso no, eso hay que seguir luchando por ello. Pero todo tiene que estar más medido. Se ha abusado, es que no puede ser que una persona que nunca ha trabajado, que nunca ha aportado nada, que viene aquí como hijo, o madre, o padre de otra persona que tampoco se sirvan, o vivan de las ayudas, accedan al sistema sanitario de igual manera que lo pueda acceder yo pero además con las mismas listas de espera, claro, porque yo que llevo trabajando [...] y aportando mis impuestos tengo que esperar más que otra persona que llega como madre de, y no ha trabajado nunca y no aporta nunca y vive de... es que eso hay que medirlo. Claro, suena mal no, porque lo idóneo sería que todos pudiéramos acceder a todo pero eso es una utopía, al final hay que buscar un límite mínimo, no puede ser que todo el mundo que venga aquí... (Profissional de saúde)

O questionamento do princípio da universalidade e equidade do sistema de saúde surge no momento crítico de racionamento de recursos (71; 72). Os enunciados enfurecidos sobre as perdas de benefícios trabalhistas assim como os reflexos de

empobrecimento da população em geral fomentam práticas de discriminação para com pessoas estrangeiras (73).

Apesar das críticas que apontam para a realização de cirurgias integralmente gratuitas em pessoas provenientes de outros países da União Europeia - já que esses estrangeiros optam por realizar operações no sistema de saúde da Espanha em vez de realiza-las nos países onde vivem, pois ali teriam que cobrir seus custos (73; 74) - nota-se que o maior conflito se concentra no direito à assistência à saúde dos imigrantes em situação irregular no país - porque a medida restritiva destina-se a eles -, que em geral são oriundos de países com piores conjunturas socioeconômica e política comparada à da Espanha.

Con estas leyes que están surgiendo ahora para evitar estos abusos lo que se hace al mismo tiempo es cargarse esa posibilidad de que personas que necesitan la atención sanitaria y que no tienen recursos para acudir a la privada pueden acceder al sistema sanitario público. Entonces yo por universalidad entiendo que todo el mundo tenga acceso y derecho a la asistencia sanitaria. Si hay abusos o situaciones particulares que tal pues ya se corregirán o ya se pondrán los medios para que se haga lo que se tenga que hacer, pero que de alguna forma nunca puedan quedar excluidas personas que necesitan la atención sanitaria por el hecho de ser inmigrantes sin papeles o por haber venido en una patera o por tener otras historias que ahora mismo son los que no tienen ninguna posibilidad.
(Profissional de saúde)

Se por um lado, a medida relativa aos imigrantes irregulares, contida no Decreto Real, retirando-lhes a gratuidade dos serviços de saúde, coloca em pauta a viabilidade e sustentabilidade da prática dos princípios de universalidade e equidade do sistema, por outro põe em risco a segurança da população (74):

Pues el romper ese principio de la universalidad, trae consecuencias muy nefastas a nivel individual de las personas que sufren problemas de salud y que no son atendidas, esas desigualdades tan importantes por no tener dinero, y a nivel de salud pública porque las enfermedades transmisibles se

transmiten porque no se controlan. Todo lo que queremos fuera del sistema no está controlado, eso supone un problema importante de salud pública.
(Profissional de saúde)

O **mecanismo da segurança populacional**, já explorado nos capítulos anteriores, faz a população aparecer como um dado, como um campo de intervenção, como finalidade das técnicas de governo de um Estado que já não é definido por sua territorialidade, pela superfície ocupada, mas por uma massa: a massa da população, com seu volume, sua densidade. No caso em questão, observa-se que a não abrangência da totalidade da população pelo dispositivo de controle configura-se em situação de risco. A difusão do mecanismo em questão é evidenciada nas proporções de seu corpo de instituições e redes de poder, como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Constituição da OMS, em conformidade com a Carta das Nações Unidas, declara que "gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social" (WHO, 1946). Na mesma constituição, a saúde de todos os povos associada à segurança é mencionada duas vezes nessa breve introdução, e constitui-se um perigo comum "o desigual desenvolvimento em diferentes países no que respeita à promoção de saúde e combate às doenças, especialmente as contagiosas". Fica clara a responsabilização dos Estados nacionais na promoção e proteção da saúde, que deve ser assumida "pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas", segundo a mesma declaração.

É evidente a relação entre o desenvolvimento de medidas relativas à saúde nos territórios nacionais e a questão da segurança, ou sua relação inversa que é a periculosidade que representa o desequilíbrio entre países no controle das doenças. O risco aparece como um princípio de objetivação dos acontecimentos da vida que deve estar sob gestão. Entretanto a

ideia de risco não designa o que poderia vir a ser a causa do dano, mas a regra segundo a qual se repartirá a responsabilidade, já que todos os indivíduos podem ser afetados pelos mesmos males: "todos somos fatores de riscos e todos estamos sujeitos ao risco" (EWALD, 1993, p.96).

Ainda sobre o risco, Ewald em sua obra *Foucault, a norma e o direito* analisa:

"No final do século XIX, na Europa industrial, com a instituição das seguranças sociais a tecnologia do risco torna-se o princípio de uma política. A tecnologia do risco, em diferentes dimensões: epistemológica, econômica, moral, jurídica e política, torna-se princípio de uma nova economia política e social. A segurança torna-se social, não tanto porque novos riscos se tenham tornado seguráveis - como o risco 'profissional' ou os riscos 'sociais' -, mas porque as sociedades se analisam a si próprias e aos seus problemas em função dos princípios da tecnologia do risco generalizado. A segurança, no final do século XIX, designa ao mesmo tempo um conjunto de instituições e o diagrama em função do qual as sociedades pensam o princípio da sua organização, do seu funcionamento e da sua regulação" (EWALD, 1993, p.98)

Nessa sociedade de segurança, o Estado passa a estabelecer novas relações com a noção de segurança, que para além de uma atribuição mantida por meio de seus órgãos e instituições, ela vai se constituir parte de sua natureza, ou seja, o Estado será "ele próprio uma vasta segurança":

"Exprimo esta ruptura decisiva pela ideia do nascimento de uma sociedade seguradora. A sua utopia forma-se desde o século XIX; principia a realizar-se no princípio do nosso e conclui-se com a segurança social. Tomou o corpo equívoco do Estado-Providencia" (EWALD, 1993, p.203)

A forma Estado-Providencia coaduna-se à discussão trazida por França (2004) sobre as práticas da liberdade e o mundo público:

"A identificação do governo com o domínio total do político torna-o protetor e administrador legítimo do processo vital, das necessidades, dos interesses da sociedade e dos indivíduos, e a finalidade da

política torna-se a manutenção da vida e a preservação dos interesses, mais do que a preocupação com a liberdade como fenômeno político” (FRANÇA, 2004)

Este e outros acontecimentos históricos teriam colaborado com o desaparecimento da liberdade no mundo e sua fixação na interioridade do homem. Assim, na sociedade moderna, os interesses da esfera privada - lugar de defesa da vida e da sobrevivência da espécie pelo homem - são transformados em interesses coletivos, cuja principal consequência é a canalização do processo da vida - a manutenção dos indivíduos e da espécie - para a organização pública, ou seja, “a dependência mútua entre os homens, para a sobrevivência, adquiriu importância pública” (FRANÇA, 2004).

Nesse diagrama da modernidade, o desenvolvimento do biopoder é exponencial exercendo-se positivamente sobre a vida, gerindo-a, exercendo sobre ela controles precisos e regulações de conjunto.

Assim sendo, como considerar as produções no campo da saúde, não somente avanços nas condições gerais de vida mas também em termos de emancipação política e social como as lutas em torno do direito à saúde, com movimentos de resistência e insubordinação às normas? Foucault ao se deparar com o questionamento sobre sua descrição da sociedade disciplinar do século XVIII, o qual é geralmente visto sob o ângulo da libertação, responde:

Como sempre, nas relações de poder, nos deparamos com fenômenos complexos que não obedecem à forma hegeliana da dialética. O domínio, a consciência de seu próprio corpo só puderam ser adquiridos pelo efeito do investimento do corpo pelo poder: a ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo... tudo isto conduz ao desejo de seu próprio corpo através de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. Mas, a partir do momento em que o poder produziu este efeito, como consequência direta de suas conquistas, emerge inevitavelmente a reivindicação

de seu próprio corpo contra o poder, a saúde contra a economia, o prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor. E, assim, o que tornava forte o poder passa a ser aquilo por que ele é atacado... O poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo... Lembrem-se do pânico das instituições do corpo social (médicos, políticos) com a ideia da união livre ou do aborto... Na realidade, a impressão de que o poder vacila é falsa, porque ele pode recuar, se deslocar, investir em outros lugares... e a batalha continua. (FOUCAULT, 1984a, p.146)

Nesse sentido, há uma eficácia produtiva das relações de poder, um tipo de poder que produz, que atua, "uma riqueza estratégica, uma positividade" (MACHADO in FOUCAULT, 1984a). Em outros termos, na medida em que se amplia a rede de serviço de atenção em saúde estendida a toda a população permitindo assim o controle dos fenômenos econômicos, políticos, comportamentais, reprodutivos, migratórios e outros, produz-se o efeito do exercício e do fortalecimento das verdades do direito de igualdade e da sua universalidade. Essas verdades estão presentes nos enunciados e posturas discordantes dos profissionais (75; 76; 77; 78) quando são postas em cheque como acontece frente à lei mencionada:

Como puede alguien decir que una persona tiene más derecho que otra porque tenga papeles o no tenga papeles... todo mundo tiene que contribuir en la medida que pueda y el que no pueda contribuir con nada pues no contribuye con nada y cuando puede ya contribuirá pero la asistencia sanitaria tiene que estar garantizada absolutamente a todo el mundo [...] Pues atenta contra tus propios principios, ... a ti te han enseñado, tú como médico te han enseñado que tienes que atender al que está enfermo y punto, y eso no se discute. Y ahora de repente te dicen que a este sí y a este no, pues eso no me entra. (Profissional de Saúde)

Hay un grupo de médicos en España, estamos en contra de ese cambio y seguimos atendiendo a la gente igual. No podemos darle lo que le dábamos antes porque no está en nuestra mano pero hasta donde nosotros podemos llegar sí. Porque la ética profesional nos lo, nos lo pide. No desatender a ningún paciente, porque no tenga dinero, porque sea un inmigrante sin papeles o por lo que sea. Es un poco de resistencia comprende, o sea, conlleva un

grado de resistencia, cierto grado de resistencia a la autoridad no? [...] Por supuesto sí, sí, sí a favor del sistema público, por supuesto que sí. [...] Una resistencia pasiva porque estamos ahí, activa porque estamos luchando, pasiva porque estamos aguantando aquí, pero sí, efectivamente. (Profissional de Saúde)

Siempre ha sido universal, yo no conozco ningún médico que se haya negado a la asistencia. Nunca, a nadie. [...] Yo creo que los compañeros, tenemos el espacio abierto. Nos cuesta muchísimo evidentemente. A mí me cuesta muchísimo. [...] Eso es así, entonces no sé, yo te, a lo largo de veinte años, llevo trabajando veinte años yo nunca he visto un profesional médico que haya hecho "no te miro porque no tienes derecho a la prestación. [...] Somos los que hemos abierto el canal de la universalidad, y ahora llevamos un año que estamos un poco retrocediendo y entonces pues nos cuesta mucho. (Profissional de Saúde)

Yo cuando hay algún inmigrante sin papeles yo le atiende y ya veremos a ver como conseguimos la medicina o sea yo creo que la ética médica está por encima de lo que diga el gobierno, pues sea gobierno que sea. (Profissional de Saúde)

Pues la universalidad estoy de acuerdo con ese principio. Totalmente de acuerdo pero yo creo que el sistema sanitario español en este momento no es universal, es decir no lo es. Excluyendo en este momento, lo era, pero excluyendo en este momento a población que no tiene derecho a la cobertura sanitaria pues está dejando de ser, vamos este principio ya no lo cumple. (Profissional de Saúde)

As condições políticas e econômicas de existência são o solo em que se formam o sujeito de conhecimento e as relações com a verdade, em outras palavras, as práticas sociais engendram domínios de saber que fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas e sobretudo novas formas de sujeitos (FOUCAULT, 2003, p.8;27).

Foucault propõe a hipótese de duas histórias da verdade: a primeira é a história interna da verdade que se corrige a partir de seus próprios princípios de regulação - a partir da história das ciências; a segunda, é que existiria na sociedade lugares onde a verdade se constitui segundo certo número de regras definidas e onde se construiriam certas formas de subjetividade, domínios de objeto, tipos de saber - uma

história externa da verdade. A prática judiciária seria uma das formas através da qual “nossa sociedade definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por conseguinte, relações entre o homem e a verdade” (FOUCAULT, 2003, p.11).

Em seus estudos o autor aborda a história da verdade acoplada a uma história do direito. Entretanto, o que é posta em análise não é a história da verdade (e dos erros), mas sim a história dos regimes de verificação, ou seja, a identificação das condições as quais foram preenchidas, com quais efeitos e sob a que regras se exerceu aquilo afirmado falso ou verdadeiro. A relação direito/verdade encontra

“sua manifestação privilegiada no discurso, o discurso em que se formula o direito e em que se formula o que pode ser verdadeiro ou falso; de fato, o regime de verificação não é uma certa lei da verdade, [mas sim] o conjunto de regras que permitem estabelecer, a propósito de um discurso dado, quais enunciados poderão ser caracterizados nele como verdadeiros ou falsos” (FOUCAULT, 2008b, p.49)

O discurso é a reverberação de uma verdade, porém uma proposição entra na “ordem do discurso” somente se satisfizer a certas exigências, obedecendo às regras da polícia discursiva: “deve encontrar-se, como diria M.Canguilhem, ‘no verdadeiro’” (FOUCAULT, 2014, p.32).

Assim, qual a conexão entre um regime de verdade e a prática governamental? Foucault (2008b) ao analisar a nova arte de governar que começou a se delinear no século XVIII, discutida no capítulo anterior, caracteriza-a pela instauração em seu interior de mecanismos de limitação do exercício do poder de governo e de uma governamentalidade regulada não pelo direito, mas sim pela verdade. Segundo o autor (FOUCAULT, 2008b, p.42-64), o lugar onde vai se transformar em mecanismo de formação da verdade é o mercado. Ele deverá agir com o mínimo possível de intervenções para que possa formular sua verdade e propô-la como regra e norma à prática governamental. Tal afirmação se sustenta pelo fato do mercado obedecer a

mecanismos “naturais”, espontâneos e autorreguladores, que ao deixa-lo agir por si mesmo permite-se que se forme o “preço justo”.

“Em outras palavras, o mecanismo natural do mercado e a formação de um preço natural é que vão permitir – quando se vê, a partir deles, o que o governo faz, as medidas que ele toma, as regras que impõe – falsificar ou verificar a prática governamental” (FOUCAULT, 2008b, p. 45).

O autor conclui a ideia dizendo que o mercado, portanto, assume o papel de verificação de forma a comandar, ditar e prescrever os mecanismos jurisdicionais ou a ausência deles sobre os quais deverá se articular. Essa análise ecoa em nossa discussão a respeito dos acontecimentos referentes ao Real Decreto-Ley 16/2012 promulgado em meio à crise econômica e a pressões políticas dos outros países-membros da União Europeia, especialmente sobre os enunciados favoráveis às intervenções de caráter econômico.

Diante do exposto, a questão que se coloca é: como é colocado o direito público, em termos de limites da governamentalidade, uma vez que esta última já está cerceada pela verdade político-econômica? Foucault (2008c, p.54-58) descreve duas vias elaboradas, no fim do século XVIII e início do século XIX, em direito para a regulação do poder público, ou seja, duas concepções de liberdade: o do direito público e dos direitos do homem; e o caminho empírico e utilitário.

A primeira via parte dos direitos naturais que pertencem a todos os indivíduos, direitos estes que permanecem sob quaisquer condição e governos possíveis, melhor dizendo, direitos imprescritíveis. Uma vez definidos esses direitos, e somente a partir daí, começam os limites da esfera de governo. Aqui a lei é concebida como expressão da “vontade coletiva que manifesta a parte de direito que os indivíduos aceitaram ceder e a parte que eles querem reservar” (FOUCAULT, 2008c, p.57).

Os limites postos à governamentalidade, na segunda via, parte da própria prática governamental, em função dos

objetivos de governo, dos recursos do país, da economia, etc. A esfera de competência de governo aqui é definida pela utilidade da intervenção governamental. Nessa via, a lei é concebida como "efeito de uma transação" entre o poder público de um lado, e a esfera da independência dos indivíduos por outro.

Nota-se a coexistência dessas duas vertentes no campo estudado, em que dada concepção de direitos se conecta a enunciados e práticas de maneira estratégica. Entretanto não de forma dialética, como aponta o autor, que em sua lógica põe termos contraditórios no elemento homogêneo, mas sim numa lógica estratégica de conexão do heterogêneo, em que é possível conjugar "a axiomática fundamental dos direitos do homem e o cálculo utilitário da independência dos governados" (FOUCAULT, 2008c, p.58).

Enfim, as relações que se estabelecem entre as práticas de governo e o campo dos direitos são balizadas por regimes de verdade, ou melhor dizendo, toda afirmação de verdade é uma peça, um instrumento no interior das relações de poder que se consolida como evidente, natural e então invisível. Nesse sentido, como afirma Ewald (1993), o direito, assim como o Estado, é um universal abstrato. "O direito não existe, ou não mais do que um nome. Não designa nenhuma substância, cuja essência eterna caberia a uma teoria levantar" (p.60). O que existem são práticas jurídicas.

Nesse sentido, evidencia-se no direito à saúde enquanto "um dos direitos fundamentais de todo o ser humano" a racionalidade na qual a sociedade moderna se ordena e se finaliza, constituindo-se numa importante tática de governo dos tempos atuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde é um universal abstrato, produzido a partir de relações, estratégias, tecnologias de poder que o constituem e o sustentam a partir de sua validação no teste do falso/verdadeiro do conjunto de saberes e discursos que o instituem enquanto verdade. Essas formações de saberes e de verdade o consolidam como evidente, natural, atemporal, invisível.

Diferentemente de como é comumente pensado - que foi adquirido historicamente, de maneira natural juntamente com o progresso da sociedade desenvolvida em valores e organização - ele se mantém através da luta de forças distintas exercida em uma rede de poder.

Nesse sentido, a ideia do direito à saúde enquanto uma conquista inquestionável já que apoiada em um projeto de homem evolutivamente superior torna-se frágil uma vez dissolvidas a linearidade dos acontecimentos históricos e a sua condição pétrea. Em contrapartida, essa condição de atravessador da história é estratégia de perpetuação através da invisibilidade das forças atuantes.

A investigação permitiu a dar visibilidade às práticas de governo das populações a partir da construção do sistema público de saúde espanhol e do complexo funcionamento da atenção primária em tempos atuais.

A Espanha que instituiu - a partir de lutas e do trabalho de seus habitantes - uma forma de governo voltada ao bem-estar social e - assim como todos os governos modernos - coerente à ordem econômica mundial, vivencia modificações significativas no modo de condução de suas políticas que impactam diretamente na vida da população. Embora o governo já seguisse a lógica político-econômica, agora - em momento de crise econômica - explicita e radicaliza tal funcionamento, sendo muitas vezes

contraditório com a proposta do sistema público de saúde em curso.

Muitas questões são levantadas ao trazermos a discussão para a realidade do Brasil. Quais são as alternativas postas ao Sistema Único de Saúde quando aquilo que constitui ameaça ao sistema de saúde espanhol - como as privatizações, a alternativa do serviço público para a população de baixa renda e aos demais habitantes o estímulo à adesão de seguros privados - já é uma realidade vivida no país? Como pensar a arte de governar atravessada por tal movimento exclusivamente econômico em um país cuja maior parte de sua população depende dos serviços públicos?

Imensas inquietações se abrem e nos instigam a continuar investigando e repensando os caminhos que são colocados adiante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIZELLI, S. S. K. A saúde na roça: estudo hermenêutico de um serviço da saúde da família. 2010. 123 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2010.

BIZELLI, S.S.K.; CASTANHEIRA, E.R.L. Saúde na roça: expressões da qualidade das práticas de atenção primária. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CASTILLA-LA MANCHA. Resolución de 20 de enero de 2014. Instrucciones para la aplicación de la jornada laboral anual, en los centros de trabajo dependientes del SESCAM para el año de 2014. Castilla-La Mancha, 2014.

CASTILLA-LA MANCHA. Orden 253/2012, de 18 de dezembro de 2012. Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, [2012/177561]. Diário Oficial de Castilla-La Mancha, 27 dez. 2012. n. 147, p.38913. Disponível em: <http://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2012/12/27/pdf/2012_17561.pdf&tipo=rutaDocm>. Acesso em: março 2013.

CASTILLA-LA MANCHA. Plan de recepción al nuevo trabajador. Departamento de Calidad Asistencial. Castilla-La Mancha: SESCOAM, 2012.

CASTRO, E. Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução de Ingrid Müller Xavier. Revisão técnica Alfredo Veiga-Neto e Walter Omar Kohan. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CORETH, E. Questões fundamentais de hermenêutica. Trad. Carlos Lopes de Matos. São Paulo: EPU, 1973.

DEBERT, G. G. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, FAPESP, 1999.

DELEUZE, G. Foucault. Tradução Cláudia Sant'Anna Martins; revisão da tradução Renato Ribeiro. São Paulo: Brasiliense, 2005.

DEL PINO CASADO, R.; MARTÍNEZ, J. R. R. Enfermería en Atención Primaria. Madrid: Ediciones DAE, 2006.

DEMO, P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1981.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ESPAÑA. Datos de población. Instituto Nacional de Estadística. Disponível em: <www.ine.es>. Acesso em: ago. 2013.

ESPAÑA. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 dez. 1978. n. 311, p. 29313-29424. Disponível em: <<https://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ESPAÑA. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril de 1986. Boletín Oficial del Estado, 29 abr. 1986. n. 102, p. 15207-15224. Disponível em: <<https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ESPAÑA. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponível em: <<http://www.seg-social.es/Internet1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm>>. Acesso em: 02 mar.2015.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Disponível em: <<http://www.ingesa.msssi.gob.es/organizacion/quienes/home.htm>> . Acesso em: mar. 2015.

ESPAÑA. Real Decreto 137/1984, de 11 de janeiro, sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado, 1 fev. 1984. n. 27, p. 2627-2629. Disponível em: <<http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574>>. Acesso em: mar. 2013.

ESPAÑA. Real Decreto 1476/2001, de 27 de dezembro de 2001. Traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, 28 dez. 2001. n. 311, p. 50022. Disponível em: <<http://www.msssi.gob.es/organizacion/ccaa/docs/castillaLaMancha.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ESPAÑA. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de 2012. Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, 24 abr. 2012. n. 98, p. 31278-31312. Disponível em: <<https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ESPING-ANDERSON, G. The three worlds of welfare capitalism. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

EWALD, F. Foucault: a norma e o direito. Tradução António Fernando Cascais. Lisboa: Vega, 1993.

FOUCAULT, M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

FOUCAULT, M. Segurança, penalidade e prisão. Organização e seleção de textos Manoel Barros da Motta. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. Velve, v. 18, p. 167-194, 2010a.

FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010b.

FOUCAULT, M. Arqueologia do saber. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

FOUCAULT, M. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). Edição estabelecida por Michel Senellart sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana. Tradução de Eduardo Brandão. Revisão da tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978/1979); edição estabelecida por Michel Senellart; sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana; tradução Eduardo Brandão; revisão da tradução Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

- FOUCAULT, M. A verdade e as formas jurídicas. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 12. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- FOUCAULT, M. História da sexualidade 2: o uso dos prazeres. 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984b.
- FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Organização e tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984a.
- FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Tradução de Lígia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1984c.
- FRANÇA, S. A. M. Cenas do contemporâneo: da biossociabilidade à ética. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, UNESP, Assis, 2004.
- GIACOMONI, M. P.; VARGAS, A. Z. Foucault, a arqueologia do saber e a formação discursiva. Veredas, v. 14, n. 2, p.119-129, 2010.
- GONÇALVES, S. C. O método arqueológico de análise discursiva: o percurso metodológico de Michel Foucault. Hist. e-Hist., v. 1, p. 1-21, 2009.
- HUERTAS, R. Política Sanitaria: dela ditadura de Primo de Rivera a la IIª República. Rev. Esp. Salud Publica, v. 74, p. 35-43, 2000.
- JESUS, M. C., PEIXOTO, M. R.; CUNHA, M. H. O paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. Rev. Latino-am. Enferm., v. 6, n. 2, p. 29-35, 1998.

MACHADO, R. Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

MACHADO, R. A arqueologia do saber e a constituição das ciências humanas. Discurso, v. 5, n. 5, p. 87-118, 1974.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984a.

MADRAZO, M. P. La cultura organizacional enfermera de la atención primaria de salud en Cantabria: dinámicas de integración. 2015. Tesis (Doctoral) - Facultad de Enfermería Fisioterapia y Podología, Universidad Complutense, Madrid, 2015.

MARSET, P.; SÁEZ, J. M.; MARTÍNEZ, F. La salud pública durante el franquismo. Dynamis, v. 15, p. 211-250, 1995.

MARTIN, J. J. M.; LÓPEZ DEL AMO, M. P. G. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. Ciênc. Saúde Colet., v. 16, n. 6, p. 2773-2782, 2011.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2006. p. 41-66.

MENDES, Á. Direito como instrumento de efetivação (ou não) do direito à saúde no Brasil - cenário dos desafios ao direito universal à saúde universal brasileira. Rev. Dir. Sanit., v. 14, n. 2, p. 113-118, 2013.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O direito universal à saúde em risco: a fragilidade histórica do financiamento e as incertezas dos governos Lula. Anál. Econ., v. 30, n. esp., p. 35-58, 2012.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NAVARRO, V.; QUIROGA, Á. Políticas de Estado de Bienestar para la equidad. Gac. Sanit., v. 18, supl. 1, p. 147-157, 2004.

NOVAES, A. O olhar. 11. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

OCAÑA, E. R. La salud publica en España en el contexto europeo, 1890-1925. Rev. Sanit. Hig. Pública, v. 68, p. 11-27, 1994.

OFFE, C. Competitive Party Democracy and the Keynesian Welfare State: some reflections upon their historical limits. Policy Sci., v. 15, n. 3, p. 225-246, 1983.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: out. 2014.

ORTÚN, V. Sistema sanitario y Estado del Bienestar: problemas a la vista. In: CATALÁ, F.; DE MANUEL, E. (Eds.). La salud pública y el futuro del Estado del Bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998. p. 39-57. (Informe SESPAS).

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

PEIXOTO, N. B. O olhar do estrangeiro. In: NOVAES, A. (Orgs.). O olhar. 11. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2006. p. 361-365.

PIOLA, S. F.; SERVO, L. M.; SÁ, E. B.; PAIVA, A. B. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenário para o futuro. Anál. Econ., v. 30, n. esp., p. 9-33, 2012.

SACARDO, D. P.; FORTES, P. A. C; TANAKA, O. Y. Novas Perspectivas na Gestão do Sistema de Saúde da Espanha. Saúde Soc., v. 19, n. 1, p. 170-179, 2010.

SCHRAIBER, L. B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. Cad. Saúde Pública, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995.

VEYNE, P. M. Foucault revoluciona a história. In: _____. Como se escreve a história. Brasília: Editora Universitária de Brasília, 1982.

OBRAS CONSULTADAS SOBRE A CRISE DE 2007

CASTILLEJO, J.; VICENTE, R.; DOLZ, M.; PRATS, M.; RAMOS, E. Reflexiones sobre los sistemas sanitarios del municipio de São Paulo y de Cataluña. Programa Salud y Familia São Paulo. Elementos clave comunes de ambos sistemas sanitarios (segunda parte). Aten. Primaria, v. 41, n. 1, p. 49-54, 2009.

COLL-BENEJAM, J. M. La autonomía de gestión: ¿nuestra oportunidad? Aten. Primaria, v. 43, n. 9, p. 455-456, 2011.

CORTÈS-FRANCH, I.; LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. G. Crisis económico-financeira y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac. Sanit., v. 28, supl. 1, p. 1-6, 2014.

CYLUS, J.; MLADOVSKY, P.; MCKEE, M. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four european countries. Health Serv. Res., v. 47, n. 6, p. 2204-2224, 2012.

GENÉ-BADIA, J. Privatización o liderazgo profesional. Aten. Primaria, v. 46, n. 8, p. 399-400, 2014.

GENÉ-BADIA, J.; GALLO, P.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C.; GARCÍA-ARMESTO, S. Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish? Health Policy, v. 106, p. 23-28, 2012.

GILI, M.; ROCA, M.; BASU, S.; MCKEE, M.; STUCKLER, D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur. J. Public Health, v. 23, n. 1, p. 103-108, 2012.

HERNANSANS, F.; CLAVERÍA FONTÁN, A.; GERVÁS, J.; MÁRQUEZ, M. S.; ALVAREZ-DARDET, C. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit., v. 26, p. 3-5, 2014.

JUNQUERA-ÁLAMO, D.; SALA, N.; MILLET, J-P.; ORTEGA-GUTIERREZ, L.; PLANAS-GINER, A.; ROVIRA, C.; COMET, D. Población potencialmente excluida de cobertura sanitaria con el Real Decreto 16/2012 y sus repercusiones sanitarias: la experiencia desde la Cataluña Central. Aten. Primaria, v. 47, n. 1, p. 32-37, 2015.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014. Gac. Sanit., v. 28, supl. 1, p. 18-23, 2014.

MARCADE, M. F. Crisis y atención primaria. Otra gestión es posible. Aten. Primaria, v. 43, n. 12, p. 627-628, 2011.

MARTÍNEZ RIERA, J. R. Crisis y enfermeras. Rev. ROL Enferm., v. 35, n. 2, p. 108-119, 2012.

PEIRÓ, S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. Aten. Primaria, v. 44, n. 12, p. 691-694, 2012.

PEIRÓ, S.; MENEU, R. Crisis económica y epicrisis del sistema sanitario. Aten. Primaria, v. 43, n. 3, p. 115-116, 2012.

ANEXOS

Excertos de entrevistas

1. [...] el cambio de la atención primaria ha sido tremendo. Tremendo desde el punto de vista de construcción de nuevos centros, que se han construido muchos nuevos centros, en los programas que se llevan a cabo en atención primaria, entonces digamos que era una cosa de demanda y también de voluntad en cierto modo en función de la necesidad que vieras en el paciente y de la disponibilidad que tuvieras le atendías en un sentido o en otro, al haber ahora programas definidos con atenciones pautadas para los pacientes de programa de cardiovascular, de programa de infantil, el menopausia, los diferentes despistajes que hay, pues los profesionales digamos ya tenemos un camino definido sobre el que ir, entonces significa muchos los criterios y ya no es un poco a voluntad, ni a voluntad el profesional, ni a demanda del, porque hay veces que los usuarios más demandantes digamos son los que más frecuentan las consultas y por tanto más atención tienen, entonces, por ejemplo, el protocolo de pacientes inmovilizados es ideal para aquellos pacientes que no se pueden personar en el centro de salud y que hay que estar al tanto de cual es su evolución. Entonces un profesional ahora mismo con ese tipo de programa ya definido, no es que va si quiere o si no quiere no va, hay definidas una serie de visitas, una serie de ítems a revisar en esos pacientes y por tanto es una vía para los profesionales que está muy bien, a mí me parece que desde luego el cambio que ha dado la atención primaria en Castilla-La Mancha los últimos años ha sido pues muy bueno para todos. (Profissional de saúde)

2. Fue muy bonito, partíamos de una atención primaria en la que el médico de cabecera trabajaba dos horas diarias, bueno dos horas diarias en consulta, a nivel urbano a nivel

rural era de otra manera, y pasamos a nivel urbano de una consulta de dos horas a una jornada de siete horas. Pasamos de trabajar individual a trabajar en equipo, es otra historia, era de otra manera, totalmente diferente. En conexión con el hospital, casi todos éramos especialistas... fue muy bonito. (Profissional de saúde)

3. Pues fue justamente a partir de la Ley General de Sanidad es decir ahí se produjo la reforma y donde se crearon, desaparecieron los ambulatorios que era lo que antes funcionaba como primer escalón de la atención y aparecieron los centros de salud y los centros de atención primaria y ahí se configuraba que el equipo tenía que estar compuesto por médicos, enfermeros y trabajadores sociales, y fisioterapeuta, también se trataba de incorporar a los veterinarios, en fin, se tenía según la Ley General de Sanidad, una abordaje más amplio de lo que es el concepto de salud y de salud comunitaria, en fin, lo contemplaba la Ley, entonces, desde el principio se contemplaba que los equipos estuvieran compuestos por fueran multiprofesionales, no sólo médicos y enfermeros sino personal sanitario, trabajadores sociales, también se pretendía al principio, no se contemplaba el psicólogo como tal en la atención primaria pero se hablaba de una coordinación muy estrecha con salud mental, en fin [...] Para todos fue muy nuevo porque todos empezamos a trabajar de cero en lo que era centro de salud es decir nadie había trabajado nunca en un centro de salud y había que crear un espacio para todos, para el personal de enfermería, para el médico, en un centro de salud sobre todo con un abordaje de trabajo en equipo, es decir, hasta ese momento el personal y la gente muchos éramos nuevos y eran su primer trabajo para muchos, para otros, pues, venían de algún trabajo en el que habían trabajado aisladamente como médicos pero aquí el abordaje era diferente porque todos teníamos que aprender a trabajar en equipo a tratar al paciente desde una perspectiva global y

aprender a trabajar a nivel comunitario y a nivel global y ellos el personal sanitario tenía que empezar a trabajar así aprender a trabajar así y desde luego desconocían totalmente el campo de actuación de un trabajador social en un centro de salud es decir, y además es que no había experiencias previas es decir que lo desconocían ellos y el trabajador social tuvo que crear ahí ese espacio de trabajo. Entonces, a medida que pues evidentemente el espacio no había antecedentes por tanto yo no tenía referencias previas. Los trabajadores sociales que trabajaban en este país en el campo sanitario estaban trabajando en hospitales pero como los centros de salud no existían pues era la primera vez que existían, la primera vez que existían los equipos multiprofesionales en atención primaria y todos que teniendo que aprender a trabajar juntos con los objetivos que nos planteábamos, los programas de salud y tal y ahí había que introducir al trabajador social en el ámbito social, familiar, grupal, comunitario. (Profissional de saúde)

4. Bueno la verdad cuando empecé a trabajar hace tantos años en medio rural el problema que teníamos era la falta de medios, pero ahora mismo prácticamente no hay diferencia, ahora mismo todos los centros rurales tienen los mismos medios de nosotros, y en ese sentido hemos progresado mucho, tenemos bastantes pruebas diagnósticas a nuestro alcance y ahora mismo yo creo que la situación podemos decir que es bastante buena en ese sentido. No hay diferencias entre medio rural y urbano. En aquel entonces se había porque los medios eran escasos, incluso la formación continuada teníamos que nosotros mismos pagarla, no era la administración, no te ayudaba ni en la formación continuada, ni en el material que utilizabas en la consulta, en nada. Te mandaban a un sitio remoto, vamos, estamos hablando hace treinta años, te mandaban a donde fuera y te decía "adiós, se tiene algún problema nos lo dice, pero procure no decirnos mucho". Entonces los medios eran escasos,

en cuanto a medios diagnósticos, incluso en cuanto a la ayuda de los compañeros, vivías aislado [...] ¿Como cambió esta situación? Pues con la reforma sanitaria que hubo en España en los años ochenta y dos. Entonces cambió la estructura de manera que el medico dejó de estar aislado, empezó a trabajar en equipo y gracias a esa reforma hemos progresado mucho, también se dotó al médico de unos medios de trabajo muy buenos francamente buenos, y entonces a partir de ahí empezamos a progresar. También se le empezó a proporcionar al médico y al equipo sanitario medios diagnósticos importantes donde la mayoría de las cuestiones médicas ya se resolvía en el centro de salud, no haya que derivarlo a un especialista, entonces un periodo para mí que fue trascendente en la historia de la sanidad española que fue la reforma sanitaria que hubo en el año ochenta y dos con la creación de los centros de salud, donde el trabajo empezó a ser en equipo. [...] Había una consulta donde uno trabajaba prácticamente aislado de los compañeros. Y además había una división sanitaria, digamos organizativa, en donde prácticamente el médico estaba solo en esa, le llamaban partido médico, donde prácticamente el médico, él y la enfermera, pero no estaban en contacto con los demás compañeros de otros partidos. Y eran tiempos difíciles, además con una falta de medios impresionantes. Menos mal que había una experiencia amplia de trabajar [...] El concepto que se tenía en aquel entonces de la asistencia era puramente asistencial, es decir, lo que importaba prácticamente era la asistencia al paciente, no había un concepto mucho más amplio que hubo después con la reforma sanitaria. Se pasó a tener en cuenta otros factores importantísimos como era la prevención, la educación para la salud, la investigación, la docencia, todo eso formó parte ya de los equipos de atención primaria. Pero antes prácticamente lo único que importaba era la asistencia al paciente. No se tenía en cuenta aspectos preventivos [...] La asistencia era gratuita. Gratuita para

aquel que tuviera un seguro, para los que estuvieran asegurados, antes de la reforma. Y después ya con a raíz de la reforma ya la asistencia fue universal para todo mundo. Todo mundo tenía derecho a la asistencia médica. (Professional de saúde)

5. Los centros de salud empezaron, si no me quedo con el año ochenta, a ver [...] en los pueblos siempre ha habido consultas, lo que no había eran centros de salud. El médico del pueblo, en vez de estar centralizado aquí por ejemplo, cinco pueblos tenían un médico para cinco pueblos, tres pueblos o cinco depende del volumen de gente cada pueblo o cada tres pueblos tenían un médico. Independientes entre ellos, eso era de toda la vida. [...] Era Sanidad, el ministerio de la Sanidad financiaba, te pagaba, pero cada pueblo, el pueblo que era rico o tenía dinero, ayudaba algo al médico. El que no tenía nada, no había nada. Además había una cosa que se llamaba la iguala. La iguala era que cada paciente pagaba un poco al médico, lo que tu estipulabas o la cantidad que se podía ser. Para ir allí porque el médico no pasaba hambre pero andaba escaso. Entonces vivías en el pueblo, tenías tu familia en el pueblo, pues estabas al mismo nivel que ellos de casa y todo. Llegó la reforma esta, entonces hicieron centros de salud, como cabecera X pueblos y dependiendo los médicos seguían siendo de sus pueblos pero pertenecían al centro de salud. [...] Estábamos todos pero después nos metimos aquí, o sea, Molina tenía dos médicos, pero no tenía nada que ver con el del pueblo de al lado, o sea nos podíamos conocer pero yo funcionaba independiente, aquel allí, aquel allí, aquel allá. Al hacer el centro de salud, todos pertenecéis a Molina, aunque vayáis a los pueblos a pasar consulta. Las guardias las hacéis aquí porque antes cada uno hacía en su pueblo, no se movía, todo este pueblo es para ti, si te ibas por una cosa, le decías al de pueblo al lado, "me vigílalos por favor", tenías algún, pero cada uno estaba en

su pueblo, día y noche. Luego se cambia el concepto de guardias, ya tú te puedes ir a las tres de la tarde a tu casa, la guardia estaba centralizada, vinimos de la periferia al centro, y el centro se, bueno aquí por ejemplo hace años análisis de sangre no había en los pueblos, ni cosas de estas, había una farmacia, ibas tú, pagabas y ya está. Y luego se puso aquí, entonces, cada uno pertenecía, o sea, se ha mejorado muchísimo, se ha dado unos adelantos tremendos, pasamos del siglo catorce al veintiuno de golpe. Claro, demandas tanto o das tanto que la gente, o sea, en sanidad hemos ganado. [...] No, se ha perdido, es que eso es muy amplio y depende de gentes y personal, se ha perdido un poco la familiaridad con el entorno, o sea, tú vivías en un pueblo, hablo de pueblos pequeños no pueblo de cinco mil habitantes, pequeños, conocías todos, sus hijos, sus padres, sus nietos, si sembraban en la huerta, si se les arruinaba la cosecha, si iban a pescar, eso influye en ellos, porque están más tristes, más alegres, entonces eso se ha perdido porque nos ponemos más científicos y menos humanos, hemos ganado mucho en ciencia pero perdemos en humanidad. Y la gente lo mismo, la gente ahora, por esto a la vez que han aparecido mucho más medios de desplazamiento, antes de un pueblo no salías, ahora tienes autobús, coches tienen todos y si no el de al lado, hay una facilidad para viajar. Carreteras son mejores, antes había tela marinera. Entonces no salgo del pueblo porque no puedo, ahora no salgo porque no me da la gana. La accesibilidad a los servicios ahora es mucho mayor, antes no había, tú tenías este médico y tenía, tenía lo que tenía, íbamos con el coche, las dos manos y pare de contar, y ahora pues bueno, pues llamar una ambulancia, vaya usted aquí que le hacemos rayos, o sea, se ha mejorado muchísimo. Cuesta un dineral pero creo que está bien gastado. Eso habría que explicárselo a los que sueltan el dinero. Pero la sanidad vivimos mucho más, hay menos enfermedades y se ahorrado mucho dinero en el hospital. Es

decir, no los médicos, sin los médicos y sí las medicinas, antes tenías una ulcera de estómago y casi que tenían que operarte ahora le das un anti ulceroso y se cura. Te has evitado una operación. A nivel de gasto puede ser igual a nivel de los estamentos superiores pero primaria gasta menos. (...) Es que intervienen las multinacionales, todas estas cosas, en cuanto tienes más acceso a una cosa, la usas más, eso es normal, tu antes te tomabas, bueno yo cuando he empezado tomaban bicarbonato porque les dolía el estómago ahora pues piden ya todo lo que haya por haber. Hay un gran acceso a las medicinas, hay muchísimas, posiblemente sobran muchas, vale, pero eso no depende de nosotros, la primaria ha conseguido, yo pienso, una universalidad de la medicina, ha llegado a casi todos los rincones, pero por la primaria y porque las condiciones han mejorado, han mejorado las carreteras, han mejorado las comunicaciones, ha mejorado el teléfono, que antes había un teléfono en cada pueblo ahora hay uno en cada casa o tres, entonces todo eso es un conjunto de cosas, tú no puedes llevar a un pueblo de quinientos habitantes una medicina de maravilla si no pueden salir, es decir, aquí tengo todo lo que quiera pero no puedo ir al hospital porque no tengo medios. O sea, es un poco todo, se ha universalizado, se ha mejorado, se ha familiarizado, se ha abusado un poco, pero vamos yo creo que estamos mejor. La población, el conjunto, hemos mejorado, con sus cosas buenas, con sus cosas malas, como en todos sitios, pues estamos a un nivel muy alto. Ahora estamos un poco peor por la crisis pero la gente, la longevidad se pasa buena comida y buenos cuidados, sino no vive uno más años, se moriría de asco. Eso lo ves, se vacuna a los niños, es que se llevan controles de ellos, pues quien está vacunado, quien no está vacunado, a quien le falta, esas cosas gracias ahora hoy en día a los medios esto de los ordenadores, está todo, podemos ver una radiografía que hagan en el hospital eso antes no existía.

Vaya usted a hacerse una radiografía al hospital pues no voy porque tengo que hacer trecientos (...) Se ha mejorado tenemos aquí, tenemos una UVI móvil, que son compañeros que están para eso, se ha mejorado mucho. Te digo la accesibilidad es tremenda, cuatro, cinco ambulancias o seis, antes había una, con el chofer solo, sin más que el chofer no tenía conocimientos en medicina pues eso. Pero sí que la primaria ha dado un gran paso, yo creo que sí. Yo que he trabajado con lo opuesto, con él, poníamos las inyecciones nosotros, teníamos que esterilizar, ahora ya las jeringas vienen todas vienen, hace muchos años, pues antes eso no existía. Tú tenías que esterilizar, poner, bueno supongo que como todo el mundo pero aquí ahora eso ya no existe. Hay una cierta higiene, que a veces se abusa, que tiras muchas cosas, no, pues se puede ahorrar pero sí que se ha mejorado muchísimo. (Profissional de saúde)

6. [...] el primer centro de salud de toda España que se abrió fue aquí en Guadalajara en concreto fue aquí en noviembre del ochenta y cuatro [...] Un poco difícil, la implantación como todo, como todo es una implantación de un sistema nuevo que tiene que convivir con un sistema que hay, con el antiguo. [...] convivía la especializada, los facultativos del hospital y otros facultativos especialistas que estaban en otro local a dos horas y media haciendo sólo consultas externas, no hacían quirófano, etc., sólo cosas locales sí, sí esos es como estaba. Y la primaria empezó igual, los centros de salud a jornada completa de las siete horas que había que trabajar haciendo las distintas consultas, sesiones, educación para la salud, haciendo el plan de la zona básica de la salud y se convivía con los médicos de dos horas y media. Había también médicos generales que trabajaban dos horas y media, que llevaban un cupo igual que tú, tú también llevaba un cupo, sólo que ellos en dos horas y media tenían que ver la gente adscrita al cupo y tu en dos horas y media lo

desarrollabas en la jornada de siete horas pero además tenías otras tareas, tenías que hacer sesiones clínicas, tenías que hacer reuniones, tenías que hacer educación para la salud porque en dos horas y media... Pues ¿cómo se hace eso? Pues bueno a principio pues costó un poquito, porque claro, convivir dos... y luego, bueno aquí en España además convivía otro sistema que era la PD, los médicos de los pueblos. Incluso, dependiendo de distintos organismos. Entonces, bueno, empezar bien porque a nosotros empezábamos en un centro de salud con mucha ilusión, con muchas ganas de poder desarrollar tu especialidad de hacer un poco lo que tú querías pero también sabiendo que todo esto no estaba como muy desarrollado, muy legislado. [...] Digamos que es el gobierno político en aquel momento, además estábamos en toda la época de la transición y todo ya estaban los socialistas yo creo, y entonces, sí los socialistas salieron en el ochenta y dos, pues si ya estaban los socialistas y estos otros que hacen el cambio, todo esto se hace a nivel gubernamental [...] Sólo los gobernantes lógicamente los que tal, pero también es porque hay gente que necesita trabajar de otra manera. ¿Que gratificación te llevas tú, bueno el sueldo y que trabajas dos horas y media? ¿Que gratificación te llevas tú, que había que hacer más cosas? (Profissional de saúde)

7. Realmente la transformación del sistema español la hemos hecho nuestra generación, la generación de los que empezamos a estudiar en el año setenta y dos, setenta y uno, setenta. La gente que entramos en la Universidad en los años setenta hemos transformado totalmente, radicalmente esta sociedad, pero especialmente los servicios sanitarios, los servicios sociales, los servicios de salud, los servicios educativos, los servicios de apoyo a ciudadano, los servicios de apoyo a independencia, todos estos cambios lo hemos hecho esta generación, a costa de implicar al Estado más en la prestación económica y en definitiva conseguir que políticamente se

entienda que el Estado es un intermediario entre el individuo y su proyección en la sociedad y que sea el Estado que ayude a las personas para que partan en su actividad diaria en pie de igualdad, es decir que ningún padre pueda decir que su hijo no pueda recibir una educación adecuada o que su educación, la de su hijo no sea mucho peor que la de otra persona por el hecho de tener más dinero. La idea que hemos tenido nuestra generación, y la hemos llevado a la práctica, es que el Estado tiene que garantizar que todo el mundo tenga una educación mínima y una salud digna para que todos podemos competir en pie de igualdad, no se puede competir, no se puede crear una sociedad competitiva si los ciudadanos no tienen acceso a una educación y a una sanidad y a una prestación social por igual. [...] Aquí lo que se hereda es el derecho, el derecho a vivir, y el derecho de vivir además con unos mínimos de garantías que son el derecho a la educación, el derecho a la salud, y el derecho al apoyo del Estado ante la vulnerabilidad o ante la debilidad en la vida. Y eso ha sido el objetivo y así lo hemos hecho en los últimos veinte años y es lo que hemos conseguido. Tenemos nuestro sistema sanitario que es el mejor, uno de los mejores del mundo, y un sistema educativo que es uno de los mejores de mundo. Es la envidia de los países europeos y es la envidia de los países occidentales, evidentemente, ahora mismo hay una presión económica muy potente para destruirlo. Porque claro, la prestación económica que el Estado da a estos servicios supone una pérdida de competitividad, una fabricación de productos que a la larga van más caros al mercado que de aquellos países donde la explotación inhumana y humillante del ciudadano permite sacar productos mucho más baratos. Esa es la idea de la gran filosofía de los servicios sanitarios. Yo creo que en general estamos bastante mejor y ahora lo que estamos intentando, antes de jubilarnos, los que trabajamos, pues es que esto siga adelante, que siga adelante y que no se venga abajo. (Profissional de saúde)

8. Pues mira la ley general de sanidad del ochenta y seis si gobierna ya desde hacía cuatro años, tres años el partido socialista. Felipe González es quien impulsa el [...] que gobernaba el partido socialista, que fue aquel que hace impulsa legislativamente el cambio del sistema de salud, del modelo sanitario hacia el sistema nacional de salud, pero no hay grandes inconvenientes, los grandes inconvenientes venían derivados sobre todo de los sectores más retrógrados de la medicina, encabezados por colegios, con los consejos generales de medicina. [...] Es que la nueva estructura significa pasar de un modelo exclusivamente asistencialista a un modelo más de planificación sanitaria, donde está la promoción, la prevención, la asistencia y la rehabilitación de la enfermedad, es también cambiar el foco de lo que era el hospital a otras formas de entender y otras formas de intervenir, es desarrollar a partir de acción comunitaria, es entrar otros profesionales sanitarios dentro del equipo de salud en condiciones de trabajo en equipo, no en condiciones de, "bueno yo determino lo que tú tienes que hacer y tú lo haces", entonces bueno esto hace que los sectores, yo me recuerdo, la gran batalla que hubo con el concepto de consulta de enfermería, el colegio de medicina decía que solamente podía tener consultas los médicos, entonces negaban la posibilidad de que ningún otro profesional lo tuviese. Y esto ahora lo que dejó fue una perspectiva de no sé cuánto ha pasado? ¿cuanto ha pasado veintisiete años? como si esto fuese hace muchísimos siglos pero entonces fue, hubo que aparatarse en las consultas para evitar que, porque a la que te descuidabas te quitaban la consulta, entonces aquello sí que fue duro, aquello fue duro, y las condiciones físicas donde se desarrollaba aquello también fueron duras porque ahora tenemos centros de salud modernos por todos los sitios pero antes no había más que estructuras que habían en ambulatorios y las enfermeras, habían tres o cuatro enfermeras que estaban

compartiendo la misma consulta, o sea, estaban en el mismo sitio. Luego hubo batallas con el problema diagnóstico de enfermería tal, solo pueden diagnosticar los médicos también, yo recuerdo que donde salió la, se puso de moda que los talleres de chapa y pintura de los automóviles pusieron diagnosis, diagnosis de motor, entonces pues era como solamente podían diagnosticar los médicos y sin embargo ibas por la calle diagnosticaba hasta el mecánico, diagnosticaba lo suyo, los problemas de lo que se ocupaba, porque el diagnóstico no es potestativo de nadie, cualquiera que está desarrollando una profesión pues tiene que determinar si el problema se va a ocupar de su úlcera, pero aquello políticamente, ideológicamente, y socialmente fue muy duro durante mucho tiempo porque allí vino la oposición. (Estudioso em Atenção Primária)

9. El sistema universal es de ochenta y seis y digamos que es dar carta de naturaleza a algo que ya se estaba montando. Se estaba montando en determinados lugares, en determinados centros, pero sin una política clara. Es decir, ya existía la atención primaria, sí pero claro, el montar la atención primaria no fue igual en toda España a la vez, sino que hay gérmenes y esos gérmenes de atención primaria pues pueden estar en Madrid, pueden estar algo menos en Cataluña, pueden estar en Asturias, pueden estar un poco en Andalucía. Eses digamos que fue el germen de la, a ver, del progresismo sanitario. Estamos hablando del progresismo sanitario de aquella época. Esto lo que le da carta de naturaleza de ochenta y seis ya hay Ley General de Sanidad. No, la Ley General de Sanidad esto hay que hacerlo así, porque sí. Y el sistema, la organización tiene que ser esta. Entonces a partir de ahí el Instituto Nacional de la Salud empieza a montar esta historia, pero este Instituto Nacional de la Salud ya existía y había, ya era una forma de organización, bueno pues a través de los mini consultorios aquello fue montando otra cosa, fue

creando los primeros equipos [...] Sí que a partir de la Ley General de Sanidad hay un sistema de organización diferente, con lo cual hay áreas de salud, el área de salud tiene una gerencia de atención primaria, la gerencia de atención primaria se dotan de una dirección médica, una dirección... tiene una dirección de enfermería que sigue un poco los parámetros que seguían ya los hospitales desde el años ochenta y tres. (Estudioso em Atenção Primária)

10. Pues yo cuando llegué, cuando llegué a trabajar aquí hace casi cuatro años la verdad que eso fue una de las cosas que me sorprendieron mucho, las condiciones de las casas son un poco pues como los pueblos de hace cuarenta años, pues con calefacciones con chimeneas, las cocinas poco equipadas, en fin como hace pues cuarenta, cincuenta años. Siguen viviendo en las mismas condiciones que hace perfectamente cuarenta años. (Profissional de saúde)

11. Una casa de los pueblos es algo que tú la tengas muy bien arreglada pues está como estaba antes, estufa en la cocina, radiador en el baño, radiador en la habitación, y además por estar todo en invierno, cerrada. [...] Pero las casas las de aquí, si te das la vuelta por, esta zona de aquí es más normal, lo que es en Molina antiguo son calles más estrechas, esas para calentar hace falta dinero, pues son casas viejas, muy húmedas y muy estrechas, entonces, quién vive allí, generalmente la gente más marginal, los otros se van saliendo, o sea, saliendo a la casa de aquí porque son mejores casas, gastas menos dinero y tienes más calor, más luz, es un poco que me viene pues la gente más marginal, la que tiene menos medios ¿En condiciones? Hay de todo, hay aquél que no tiene calefacción y se mete con cinco mantas y ya está, y mañana saldré o pone una estufa para toda la casa, pues un poco, eso a tener una casa estupenda con toda calefacción. Ancianitos solos, salvo una parte los demás no es que están mal pero están como hace años. Mira en verano que en verano aquí

también hace frío, pero bueno pero menos. (Profissional de saúde)

12. Porque la gente mayor, los mayorcitos, los abuelos sí que todavía tienen a lo mejor la lumbre en bajo, porque las cocinas antes eran así y aun que tengan su cocina de gas también tienen la lumbre en bajo y ahora que no es invierno, invierno, pues a lo mejor inciden más la estufa o la lumbre y no incide a lo mejor tanto la calefacción, pero bueno la gente mayor todavía a lo mejor no tienen calefacción, y tiran más de ese tipo de calor. (Profissional de saúde)

13. Externamente puedes pensar que no está feliz pero él está a gusto no necesita más, él no necesita a, "pues hombre debería tener unas ciertas condiciones usted se debería lavar todos los días" y el abuelo te coge y te mire "yo me lavo una vez a la semana y ya vale". También bueno pues no tiene costumbre, hay que pensar que esa persona cuando era joven aquí hacía muchísimo frío, y no había agua corriente, entonces irte a bañar al río con dos bajo cero dices, "pues no me baño ni hoy, ni mañana, ni pasado, me bañaré en el balde y ya está", entonces tienen costumbres. (Profissional de saúde)

14. Fundamentalmente agrícola pues cereales y por aquí por esta zona [...] Y ovejas claro ganado, sí, sí, por supuesto, ganado fundamentalmente ovejas, porque por ejemplo vacas no hay o muy pocas, lo que más hay son ovejas y en cuanto al campo pues eso, los cereales y girasoles, lo que sea es lo mismo. [...] Industria hay poca o nada, la mayor parte de las cosas son servicios, los talleres mecánicos, cosas así, pues supermercados, tiendas, tipo servicios, e industria propiamente dicha había, hay una granja creo que es de fertilizantes o algo así y antes había una explotación también de conejos, una granja que se dedicaba a la cría de, pero yo creo que ya no existe esta fábrica, tampoco estoy muy informado. Y que más, poco más, es que industria aquí no, es que es una zona que no hay industria, está tan aislada que en

el momento nada. [...] La agricultura fundamentalmente, la ganadería, y lo, una de las cosas más importantes, la construcción, pero la construcción un poco a nivel de pequeña empresa, o sea, de arreglos de casas, hacer casitas pequeñas, o sea, no una construcción de edificios, me entiendes no, eso mucho, hay mucha gente que se dedica a eso. [...] Y los servicios, pues eso, hay muchos funcionarios también porque como es una zona lejana de la capital, pues sí que hay más servicios en ese sentido de pues los juzgados, los de la salud pública, nosotros, bancos, hay mucha gente que se dedica a eso. En Molina, en los pueblos nada claro. En los pueblos ese, la agricultura y la ganadería y punto y nada más en los pueblos. Y en verano turismo, pero no es una zona que esté especialmente aprovechada en cuanto al turismo y yo creo que hay muchas posibilidades, pero, porque Alto Tajo es un atractivo importante y no es tan explotado, de lo cual me alegro, pero bueno. (...) No, pero es verdad que se podría hacer a lo mejor algo más en cuestión de turismo y de carácter verano (...) También hay una fuente de, yo por lo que oigo al resto de la gente, hay una fuente importante también de ingresos en las cacerías durante el invierno. Aquí hay mucha caza mayor, ciervos fundamentalmente y jabalíes, y hay mucha casería, se organizan cacerías, la gente viene a cazar, y eso se paga. Eso también durante el invierno, porque luego en verano no se puede, pero durante el invierno sí que hay, y eso yo creo que sí que da también dinerito. (Profissional de saúde)

15. En invierno pues es casi imposible pasar consulta en esos pueblos, voy, son pueblos casi despoblados, que hay muy poca gente, y yo en concreto me dedico a ir domicilio por domicilio [...] Y bueno y la mayoría de ellos, hay muchos pueblos en los que tampoco, hay tan poca gente en invierno pues que no [...] uno de los pueblos en invierno casi no hay nadie, no hay nadie, yo he ido a esos pueblos en invierno y me

da la sensación de que estaba solo en el pueblo y luego tengo otro pueblo que sé con certeza que es un matrimonio, lo que hay, solo dos personas. (Profesional de saúde)

16. [...] en verano viene mucha gente, ese es el problema, entonces es claro de una población de un pueblo normal en invierno que está en sesenta, se pueden presentar trescientos, cuatrocientos en verano. Entonces los médicos, somos los mismos, los profesionales somos los mismos, además las vacaciones, los que se van de vacaciones, entonces aquí en verano es agotador trabajar, porque vienen muchas incidencias, vamos muy atacados (Profesional administrativo)

17. Entonces mira, estos son los médicos. E. va los lunes a Embid a las nueve y media, a Tortuera a las once y media y a Rueda la una y media. A Embid y a Rueda sólo va los lunes, pero a Tortuera va todos los días. El martes va a Tortuera, ves, esta vez ya cambia el horario, a las nueve y media a Torrubia y a Pardos. [...] Tortuera está a diecinueve kilómetros pero Embid está a veintisiete, entonces son veintisiete de ida y veintisiete de vuelta. Y Rueda lo tiene a día vale, es más o menos. [...] En Tortuera va todos los días porque Tortuera es una población muy grande [...] Bueno pero ahora tenemos media por ejemplo, a lo mejor Tortuera tiene trescientos habitantes y Embid tiene sesenta, y Rueda puede que tenga veinte. Entonces por eso a Rueda sólo se va un día a la semana, a Embid se va un día a la semana y a Tortueras se va todo los días porque genera muchísimo más trabajo. El martes tiene por ejemplo E. va a Embid, Tortuera, a Rueda, Torrubia, Pardos, Cubillas y Cubillejo de la Sierra, son sus pueblos. Entonces al único sitio que va todos los días, bueno y Cillas, perdona, se me ha olvidado, es que Cillas sólo hay cuatro personas entonces la atendemos aquí la demanda. Entonces va todo los días a Tortuera que es el pueblo más grande, a Embid pasa los lunes y a Rueda, los martes va a Pardos y Torrubia, pero tu imagínate que tiene guardia un

lunes y sale de guardia el martes, con lo cual el martes no está ella, y eso las urgencias de esos pueblos se nos de incidencias que a su vez ya hemos hecho, lo hemos organizado pero los que, las cosas que son programadas no puede dejar de ir a Pardos y Torrubia, porque entonces se quedarían quince días sin médico. Entonces coge, se lo pongo, se lo reprogramo yo en la agenda al jueves que no tiene pueblos. [...] Eso E. y así lo mismo, J., B., S., N., M., M., L., M., y F., que son los médicos que están aquí todo organizado, ves por horarios, esto luego voy a modificarlo, yo creo que hoy hay que modificar unas cosillas más. El no que está es pediatría porque es todo los días. [...] Porque pediatría no es lo mismo como, no hay, los pueblos tienen la opción de ir al médico del pueblo o venir aquí, pueden elegir, si quieren me llaman y dicen "no yo prefiero ir quiero que me vea el pediatra" pues tienen que llamar y le traerlo, ahora si no quieren mover al niño pueden perfectamente ir al médico del pueblo, que en realidad el pediatra aquí no es pediatra, pediatra, es un médico de cabecera que hace de pediatra con lo cual, hombre está más especializado pero según que sea, hay gente que no se lo trae aquí lo lleva al médico de pueblo. (Profissional administrativo)

18. Uno de los problemas que hay en esta zona que no te lo he comentado antes no con respecto a la equidad, que me vino ahora a la cabeza, con respecto a nosotros como profesionales de lo que te comentaba de la dispersión, problema fundamental tenemos que utilizar nuestro coche propio como tú has comprobado para ir a pasar las consultas a las distintas localidades, con lo que supone. Yo algún, hace unos meses tuve un problema de que atropellé un ciervo en la carretera que es bastante frecuente relativamente, y el arreglo suponía mil ochocientos euros y salió de mi bolsillo, nadie se hizo responsable, no existe un seguro que nos cubra nuestro coche, porque bueno que tengamos que poner nuestro coche no es lo

ideal pero existe. [...] Cobramos una cosa que se llama itinerancia que te pagan por cada kilómetro recorrido X dinero, pero eso supone una pequeña parcela de lo que gastas. [...] ¿Por riesgo te refieres? No eso nada. Las tarjetas sanitarias también se pagan dependiendo de la dispersión. En nuestro caso cobramos el máximo, el G4 que se llama que es un grado de dispersión el máximo que hay, por ejemplo en Guadalajara no cobran G4, sería un G1 porque la dispersión es prácticamente cero. [...] Pero claro las tarjetas sanitarias suponen tan poco en nuestra nómina que realmente no lo notas, no se nota mucho económicamente, vale. Entonces uno de los problemas nuestros de como los profesionales de esta zona es esa, que el tener esa dispersión supone, vamos supone, está establecido así de momento que tengamos que ir con nuestro coche que yo creo que efectivamente por lo menos un seguro para los coches cuando estás trabajando debería de haber, que en su momento se planteó pero luego no se ha hecho caso. Claro, ahora, en estas condiciones pues no se va a hacer caso, pero sería importante hacerlo. Es casi imposible poner un vehículo a cada uno de nosotros para ir a pasar las consultas, muy complicado, pero sí tener un seguro por lo menos para nuestro vehículo, si te pasa algo que te cubra los gastos de ocasionarse ese problema no? Y luego es en invierno, los hielos, la nieve, y tú con tu coche pues supone un riesgo el ir a los sitios, cuando hay riesgo no vamos, pero vamos a veces no queda más remedio. Entonces eso sí es un problemilla. (Profissional de saúde)

19. En Molina tiene dos vertiente una que es que en los de Aragón, yo soy de Aragón, en Aragón había poco trabajo y entonces vinimos muchos de Aragón aquí y que pasa, que este pueblo está cerca de Aragón, está a ciento cincuenta kilómetros, entonces para nosotros es lo más cercano fuera de nuestra provincia. Entonces por eso estamos muchos de Aragón, pero realmente cotizado para la gente de Guadalajara no, no

porque es lo más lejos que tiene. Entonces lo que pasa que aquí hay tres que viven aquí toda la vida, otro bien, entonces pues para ellos muy bien. Hay otro problema a la hora de Guadalajara o la capital que sea, que es que cuanto tú te vas haciendo mayor quieres una consulta más tranquila, entonces puede ocurrir que en la población grande la consulta sea, haya muchísima consulta y entonces pues tú valores en estar, pues ha X kilómetros para estar más tranquilo. (Profissional de saúde)

20. Todos los recursos se centran mucho más en los hospitales, en la atención secundaria. Esto ha ido cambiando, cuando se implantó por primera vez la atención primaria no, el modelo era idóneo y tal, pero a lo largo del tiempo eso ha ido cambiando y cada vez más aunque el modelo sigue siendo el mismo al nivel práctico está mucho más centrada en la atención secundaria, los recursos, todo. Se le da mucho más importancia a la actividad asistencial, terapéutica, que actúa en la prevención y promoción de la salud que es lo que nosotros hacemos aquí, y eso es una pena porque yo creo que se debería de centrar mucho más en lo que es la promoción y la educación para conseguir que los niveles de enfermedad no fuesen tan altos y por tanto no tener que acceder a un segundo nivel asistencial. [...] A nivel de profesionales y a nivel de población, la mayor parte de los profesionales que trabajan en especializada, no valoran a los profesionales de primaria. [...] Un ejemplo, un médico de primaria puede poner un tratamiento, o yo como enfermera, puedo decidir porque además mi práctica me muestra que un determinado tratamiento para hacer una cura es el mejor. Pero si viene un informe desde arriba del hospital que pone, "enfermera de atención primaria debe curar cada 48 horas con tal tratamiento, para el paciente, es más valido lo que dice ese informe que lo que yo por mi propia experiencia que hago todos los días mucho más que lo que puedan hacer ellos en el hospital. [...] Yo creo

que a nivel cultural el especialista es el especialista, es como un grado más. (Profissional de saúde)

21. También es verdad que las relaciones desde atención primaria con el segundo escalón que sería la atención especializada en el hospital pues bueno, son un poco costosas. No a nivel práctico porque siempre puedes derivar a un paciente al hospital, pero sí que la relación o la comunicación médico especializada, médico primaria, enfermera especializada, enfermera primaria no es tan fluida como debiera de ser, está muy parcializada, la atención especializada hospitalario está muy parcializada. Ellos son los súper... (Profissional de saúde)

22. Pues yo creo por ejemplo que ha habido siempre un hueco grande entre la primaria y la especializada, es decir, primaria centro de salud, especializada hospital, porque de alguna forma se perdía como el paciente, sabes, se perdía porque no había una comunicación necesaria para después cuando el paciente volviera, saber todo lo que le ha hecho, saber lo que tenía. (Profissional de saúde)

23. Compartimos el edificio, no hay interrelación, no hay. En algún momento muy, muy, muy, muy puntual, teniendo el especialista como tenemos ahí al otro pasillo, un médico de primaria necesita de hacer una consulta y se le ha atendido, pero un poco a nivel personal de médico a médico porque el paciente al final tiene que hacer toda la burocracia para llegar a ese especialista, no, es un pasillo especializada y otro pasillo del resto del centro primaria, y hablábamos antes de las relaciones personales, no hay relaciones personales entre ese personal de especializada y el personal de primaria. [...] Las sesiones clínicas son primaria sólo. Y si alguna vez, no es que yo en el tiempo que llevo, ha podido venir un especialista en un momento determinado dar como una conferencia, como una charla sobre un tema puntual, y entonces a quien ha convocado es a los de primaria porque quiere darles

estos conocimientos, estas cosas, pero no hay que se junten de primaria y el de especializada para "mira tenemos este caso común", no. El de especializada hace su informe, ese informe le llega al de primaria y el de primaria continúa con el paciente pues como considere [...] En enfermería tenemos el trato personal que podemos tener pues porque nos conocemos, porque además todas partimos del hospital y al final es, pero no hay trato profesional tampoco. No, primaria está en su lado y especializada está en el suyo. No hay relación. (Profissional de saúde)

24. Y ahora mucho mejor que antes. Antes era la comunicación no era, se hacían las cosas pero a través de papeles escritos, ahora ya hay una comunicación incluso a través de teléfono, de correos electrónicos, de por ejemplo, cuando tenemos algún problema con una radiografía y la interpretación no es fácil, pues escribes un correo electrónico "señor de radiología, estimado compañero necesito tu valoración de esta radiografía" y él a los dos días te contesta pues, es decir la comunicación entre especializada y primaria ahora ha mejorado muchísimo, no es todavía como tenía que ser bajo mi punto de vista, puede mejorar mucho, pero ahora mismo es bastante interesante. (Profissional de saúde)

25. Las condiciones físicas en concreto, las consultas de mis pueblos hay algunas que son bastante anómalas o bastante deficientes, en concreto yo tengo un pueblo que hasta hace aproximadamente un año, un año y medio, hemos estado en una consulta en unas condiciones bastantes malas, sin calefacción y ahora me encuentro en la situación de que llevo un año, un año y medio con una consulta nueva pero todavía seguimos sin luz, vale. Ya tuvieron que tomar esta determinación de hacer una consulta nueva porque en la consulta vieja o en la consulta anterior el suelo se desplomó, se cayó lo que era el suelo de la consulta y evidentemente ahí ya no se podía entrar, entonces nos hicieron una consulta nueva pero a día de

hoy todavía no tenemos luz, ni hay luz con lo que eso conlleva, no hay calefacción [...] y en invierno pues es casi imposible pasar consulta en esos pueblos, voy, son pueblos casi despoblados, que hay muy poca gente, y yo en concreto me dedico a ir domicilio por domicilio. (Profissional de saúde)

26. Es una población envejecida, muy envejecida. Mayoritariamente rural, gente que vive, quiero decir que no han trabajado en sitios como comercios y tal, en general. Muchos abandonados si no, los hijos viven fuera, por causa del trabajo y la población mientras se puedan autoabastecer entre ellos, puedan estar en matrimonio o algún anciano solo que se vale todavía, viven solos. [...] ¿Qué problemas tienen? Pues cualquier anciano, si no me limpian, no me lavo, huelo, no me cuido, las medicinas no me las tomo a mis horas. (Profissional de saúde)

27. Entonces, la sanidad, o sea, nosotros del punto de vista nuestro, como médico de familia atendemos todo en torno de la persona, no solo el problema del corazón, si no de tu problema, debemos atender eso no, cada uno es diferente, el problema de corazón, el problema de riñón, el problema si se me ha muerto la gallina, que dices vaya tontería, pero parece importante, o su perro, o su campo que no le produce la cosecha, porque son gente mayor. Los jóvenes, es otro mundo. Los jóvenes no vienen, habitual, no vemos jóvenes, solo que estén muy enfermos, pero la patología, el ochenta por ciento de las consultas son ancianos, muchos por patología y otros porque no tienen con quién hablar y vienen. (Profissional de saúde)

28. Pues nosotros intentamos suplir, aquí en España ha habido mucha tradición católica, con lo cual la gente lo normal es que cuando tenía algún problema iba a hablar con el cura, el cura le daba su bendición, rezaba dos oracioncitas, y se tranquilizaban, por lo menos paz espiritual y tranquilidad, no, ahora se ha pasado de moda, la religión no está de moda en

este momento en España con lo cual la gente no va a la iglesia ni a ver el cura, pero necesita alguien que le escuche y entonces vienen aquí a que les escuchemos. Yo hay veces que sufro porque tengo una paciente que me quiere contar cosas y cosas y cosas, y gente esperando pero no la puedo echar porque veo que ella necesita que la escuche y entonces, madre, cuando abro la puerta me comen, porque claro, ella no ha estado bien estos días, que es que tiene necesidad de venir y contarte sus cosas y que tú le digas lo que opinas, lo que piensas, y que les digas "pues lo estás haciendo fenomenal, pues sigue así" porque ese apoyo que antes buscaban en la religión, ahora lo buscan en los profesionales sanitarios. Yo vamos tengo la sensación muchas veces de que me angustian, yo parezco aquí la superiora del convento, tengo esa sensación porque es esa sensación lo que ellos buscan, que tú les apoyes, les digas que lo hacen bien, y ten paciencia, y hay veces que digo paciencia la tengo yo, pero bueno. (...) Vienen aquí, me dan besos, verdad casi todos entran por la puerta y me saludan con besos, mira, cuando empecé a trabajar aquí, el primer día que vino un señor y colgó el abrigo en la percha, digo este señor viene aquí a pasar la mañana conmigo, porque yo cuando entro a una casa y voy de visita el abrigo me lo dejo aquí, no lo cuelgo en la percha, si cuelgo el abrigo en la percha es porque no voy de visita, voy pasar la mañana con esa persona no, y yo cuando vi que venían y dejaban el abrigo, yo madre mía pero que no les voy a poder echar aquí nunca, entonces vienen aquí, mira intento darles la cita cada dos meses, cada tres meses, pero no hay manera, entonces quieren venir cada mes para verme, aunque no hagamos nada, nada más que pesarles que no han adelgazado nada por supuesto, porque si tú dices "yo necesito que me vigiles el peso porque si no vengo contigo si que me abandono" no es que me abandono, es que vienen a verme porque el peso se abandonan de todas las maneras, pesan ochenta, la siguiente visita ochenta y dos, pero necesitan

venir aquí a pasar un rato y ya les sirven de estímulo. Hay personas que es que yo ya les digo "no hace falta que vengas" y siguen viniendo. (Profissional de saúde)

29. En principio vinieron de Andalucía, de Segovia, de tal, zonas sabes que no eran muy cercanas de aquí, vale, ¿por qué? Porque se creaban empresa. Después ya empezaron a venir población inmigrante de otros países, y hay una población de inmigrantes de... ahora mismo lo que más tenemos es subsaharianos, nigerianos, tal, aunque ya hay una población importantísima que ya ni la contamos como parece ya pues ecuatorianos y de peruanos. (Profissional de saúde)

30. Azuqueca en los años treinta, mil novecientos treinta, tenía cuatrocientos cincuenta habitantes, que era su población estándar, su población habitual. A partir del año sesenta más o menos y con la aparición de fábricas que vino a instalarse aquí, la fábrica de cristal, luego la fábrica de baterías Tudor, después la fábrica de pinturas Laval, en fin empiezan a venir trabajadores de otras provincias y de la misma provincia de Guadalajara. Entonces empieza a crecer la población hasta llegar a unos diez mil quinientos habitantes que tenía en el año noventa y uno. Y posteriormente con el crecimiento de la construcción pues empiezan a construir en Azuqueca y gente de pueblos limítrofes en Madrid lo toman como ciudad dormitorio. Es decir vienen a vivir, viven aquí, trabajan en Madrid o trabajan en Torrejón o en Alcalá, porque la vivienda es más barata aquí entonces se trasladan a vivir aquí y es lo que ha hecho crecer Azuqueca hasta hoy que tiene aproximadamente unos casi treinta y cinco mil habitantes. (Profissional de saúde)

31. Esta comunidad es principalmente de gente que ha venido de vivir, aquí era un pueblecito chiquichito de doscientos habitantes, entonces la gente que ha venido aquí, ha venido buscando tener un chalé y su piscina individual para cada uno, su coche todo terreno, buscando una calidad de vida que donde vivían antes no la tenían, pero no son gente con

gran poder adquisitivo, sino gente más bien del sector servicios con lo cual ahora está sufriendo paro muchísimo, muchísimo. Y antes estaban trabajando los dos miembros de la familia, ahora hay uno trabajando y además ninguno, pagando hipoteca, pagando coche, pagando todo lo que han pedido prestado, porque no tenían dinero, y entonces están ya te digo, se alimentan fatal, fatal, fatal. Y entonces aquí en ese pueblo, aunque es todo, no hay casi bloques, los últimos que han hecho pero todo son casas unifamiliares o chalecitos individuales, y entonces pues eso que la, no son casas de mucha calidad, son casa más ..., que han invertido poco ellas, pero la gente venían buscando lujo, y lo de tener su casita y su coche, pues se da lo que buscaban al llegar aquí, pero se han encontrado pues que ahora muchos lo deben, muchos están viviendo de alquiler en su propia casa, y otra gente está vendiendo y yéndose a vivir a sus pueblos, porque como no tienen para comer, pues en el pueblo pues tienen su huertecito, su galenitas, y comen de eso, y se está yendo mucha gente a vivir, la gente que vivía aquí de siempre en el pueblo, pues son gente como la de todos los pueblos, que todos se conocen, bueno, yo en los primeros años que vine a vivir aquí tenía muchas relaciones sociales porque tienen, se reunión, van a gimnasia, tienen una asociación de los vecinos del pueblo y organizaban excursiones, pero ahora claro, como no hay dinero, pues no organizan nada, ni salen a ningún sitio, con lo cual yo les veo muy tristes, muy aburridos, la mayoría de la gente está arrepentida, porque antes vivían en Torrejón, o en Alcalá, o en Coslada, o en Meco, cualquier pueblo estos del Corredor del Henares, pero vivían en un bloque, donde se relacionaban con su vecino de arriba, su vecino de abajo, hablaban, se contaban sus cosas, tomaban café hoy en casa de una, mañana en casa de otra, y ahora no porque están solas y es que son un pueblo de verdad aburrido, aburrido, luego ha habido muchos padres que han venido

siguiendo a sus hijos, como el hijo jovencito y quería comprar a su casa porque se iba a casar o iba empezar su vida, pues se compraba una casita unifamiliar aquí como siendo de lujo y entonces los padres se han venido siguiendo los hijos para estar toda a la familia junta. Y ahora, sobre todo la gente mayor, está muy arrepentida porque el que trabaja, coge su coche y se va, y viene aquí a dormir pero los abuelos que están aquí cuidando a sus nietos, porque no se pueden permitir el lujo, los hijos de pagar una guardería y están todo el día cuidando niños o aquí en este pueblo, pues están arrepentidos y aburridísimos, con lo cual hay muchísimos problemas psicológicos, psiquiátricos, y de todo tipo, de gente inadaptada al lugar donde viven. (Profissional de saúde)

32. Bueno, claro, cuando según va aumentando la población fue aumentando la estructura sanitaria, aumentó el número de médicos, aumentó el número de enfermeras, aumentó el número de trabajadores sociales, de matronas, se hicieron turnos de mañana y tarde, que antes no había, había sólo turno de mañana, aumentó el número de fisioterapeutas, o sea todo fue aumentando con, exponencialmente con el número de población hasta llegar a este nuevo centro que se creó cuando la población ya había crecido mucho y se creó con una parte que antes no había que era la parte de especializada, y la parte de urgencias tal como la conocemos ahora. Entonces ahora este centro tiene medios diagnósticos, tiene urgencias, tiene una parte de atención especializada que antes no tenía el centro antiguo. (Profissional de saúde)

33. Aunque Azuqueca sí que ha sido un pueblo muy participativo. Como la gente estaba desarraigada se criaron, por ejemplo, nosotros criamos una escuela de padres, un colectivo de mujeres en pro de la salud, muchas cosas, y la gente ha participado mucho para alcanzar esos recursos que tenemos. Tener especializada aquí partió del colectivo de mujeres de Azuqueca de Henares, que nosotros empezamos a

trabajar con ellos la educación para la salud. De problemáticas que tenía la mujer. Y había un problema muy grande con el tema de ginecología, porque había muchas listas de espera, encima aquí había mucha población y tenían que trasladarse todas a Azuqueca y hicieron muchas movilizaciones, el colectivo de mujeres, y se logró que pasaran consulta dos ginecólogos aquí en Azuqueca, y de ahí ya al centro de especialidades. (Profissional de saúde)

34.[...] esta población es más dificultosa, por llamarlo de alguna manera. Es una población muy desarraigada, esto era un pueblecito que por las fábricas y demás empezó a venir gente con lo cual no tiene arraigo de tierra, entonces bueno pues tenemos un poco de todo. Entonces es difícil. [...] Yo creo, y esto es mi opinión, porque no eres de la tierra, yo creo que siempre una persona cuando es de su tierra, siempre tira por ella, eso es pensamiento mío, entonces yo si soy de aquí, yo tiro por lo mío, pero si en cambio si he venido, no es que haya venido en paso, llegará un momento que sea mío porque si llevo mucho tiempo viviendo será mío, pero no tengo la tierra. Yo eso es mi opinión. [...] Sí, porque no tienes tampoco familia aquí, hay gente que a lo mejor se ha venido, se vino nada más que por los padres a trabajar, luego ya forman una familia, pero su familia está afuera, no hay arraigo de familia, están solos, tienen su problemática porque están solos [...] Claro, si tú tienes un problema, yo creo, te digo que esto es opinión mía, si tienes un problema a lo mejor vienes a contárselo al médico, por así decirlo, aquí mucha gente también psiquiátrica, pero creo que sigue siendo por eso, por el desarraigo de familia, de tierra. (Profissional administrativo)

35. Ahora tenemos más trabajo de lo normal quizás porque vivimos una crisis económica y la crisis económica comporta siempre más necesidad de ayuda, psicológica, más necesidad de ayuda en cuanto a prestaciones sociales, y precisamente en

este pueblo donde vivimos hay más problemas porque la gente ha perdido dinero para pagar la hipoteca de la casa y ahora no tiene dinero para pagarla. Entonces tiene el problema de que se está quedando sin casa, se está quedando sin forma de vida, y estamos atendiendo muchos problemas en ese sentido. (Profissional de saúde)

36. yo ahora lo que más me preocupa es lo de la alimentación que te decía, que veo que hay mucha gente no, el otro día vino una señora que tenía cuatro niños pequeños, me dice que si le puedo dar azúcar y digo pues si no tienes azúcar es que no tienes comida, porque el azúcar es un bien casi que no es necesario, y digo "tienes leche para dar a tus hijos?" y dice "sí, sí que tengo lo que no tengo es azúcar", pero yo ya claro me quedé con la duda y si no tiene azúcar, no creo que tenga leche ni tenga azúcar, no vale nada, vale un euro no, y seguro que no tiene para dar a sus hijos, y luego la llamé por teléfono, digo "oye, mira que yo los miércoles me quedo siempre a comer aquí si necesitas algo hoy es miércoles y voy a ir a comprar, para comprarme la comida si necesitas algo", "no, no, no muchas gracias, es verdad que es que el otro día no le habían pagado a mí marido, pero ahora sí que ya le han pagado", "luego pues si necesitas algo me lo dices", "ay, no no que me da es mucha vergüenza", y digo "no de verdad te lo digo! Tú dímelo no es que yo tenga dinero para tirar, pero oye para ayudarte a que tus hijos coman, todavía me lo puedo permitir" "está bueno pues ya te lo diré" y ya no me dijo nada pero yo veo que están pasando, Alicia la limpiadora vive aquí en el pueblo y dice que ella ve a mucha gente buscando en los cubos de la basura comida, entonces a mí ahora me preocupa muchísimo eso porque veo que claro si no tiene una buena alimentación pues las glucemias están mal, los Sintrones están mal, todo está mal. Esto repercute claro en todo. Es lo que tenemos en este momento, tenemos un momento social un poquito irregular aquí, que aquí en este pueblo con esto que

afecta mucho por eso es que te digo, salimos en el informativo, pues era el pueblo más endeudados de España, Villanueva de la Torre, el pueblo más endeudado de España, porque claro todo el mundo tenía hipotecas para pagar las casas, y ahora es el pueblo que más paro tiene, pues imagínate como vive la gente. (Profissional de saúde)

37. Los problemas de la consulta realmente yo en mi consulta diaria no tengo problemas como tales, los que más los tengo, pues que no existe ningún tipo de ayuda de recursos, es decir, esta consulta está colapsada desde hace cinco años, se ha comunicado de diversas formas a mis superiores y nada, no hacen nada, miran para otro lado. Se han dotado de recursos a otras unidades que quizá no necesitarían tantos recursos, entonces hemos pasado de una época de boom económico pues ahora que estamos en un momento de crisis pues la excusa de que no hay dinero y de que no se puede hacer nada, pues nada. Seguimos así. Esta es la situación. Entonces, dentro de mi consulta yo estoy súper contento y súper feliz pero fuera de la consulta pues no hay nada de ir a colegios, de reducir la lista de espera porque no puede ser compatible tener que esperar un mes de lista de espera para atender. Eso no puede estar bien, ni para el paciente, ni como sistema, ni como organización. (Profissional de saúde)

38. A ver hoy en día, pues no hay materiales, casi no nos sirven material porque ha habido una restricción de gasto no sé, entonces tarda mucho en servir materiales. El sillón este lleva estropeado pues ya varios meses. No se arregla, vino el técnico el otro día y en principio no arregló nada, cada vez que viene un técnico nuevo no sabe por dónde empezar a arreglarlo, entiendes, porque cambian cada dos por tres de técnicos. [...] Todo un poco, todo estropean por ejemplo en Alamin también se ha estropeado la aspiración tampoco van a arreglarla, pero aquí tarda más tiempo claro, tarda más tiempo y está un poco como dejado a la mano de dios, sabes, pues está

el problema con la cal porque el agua de aquí tiene mucha cal, eso obstruye el sillón y hace que se estropee y no ponen medios para que se pueda venir esa o sea se van cómo arreglando las cosas según las prioridades, pero no se dan a, o sea, soluciones por ejemplo un aquí se pusieron un filtro, se por ejemplo se podría prevenir que se estropease más veces, pero no se ponen es solución. Falta un poco así de comunicación, ¿entiendes? [...] Yo creo que falta aquí ese aparato porque por la distancia que hay de Guadalajara, que no hay ese aparato. Hay un técnico de rayos abajo que igual podría hacer radiografías de otro tipo, puede hacer de radiografías de boca ¿porque no? [...] Pero no se hace radiografía de boca, el grande de boca no, o sea, no está, solo está en Azuqueca y en Guadalajara. Y este cuesta un poco sabemos si, cuando pasan la revisiones si está bien para hacer, tampoco la chica de abajo de rayos tampoco tiene conocimiento sobre el tema de radiología y aquí tampoco podemos ponernos a hacer radiografía constantemente con la cantidad de gente que tenemos. Deberíamos armar medios uno o otro cuanto morfo, estaríamos bien, los botadores y demás son muy antiguos muy viejos, se podría utilizar menos de vez en cuando, estamos trabajando con cosas antiguas. Yo por lo menos desde que estoy aquí no hemos comprado cosas importantes o sea material así de porte y demás no se han comprado. (Profissional de saúde)

39. La consulta odontológica en España el único tratamiento que hacen los adultos es la extracción dentaria, entonces yo les atiendo aquí, les hago un diagnóstico y si luego el paciente o por cultura, o por conocimientos no puede tratarse, hacerse obturaciones, empastes, endodoncia, pues vuelve otra vez a la consulta para hacer las extracciones. Y luego a los niños, la dentición definitiva sí que la tratamos pero la dentición temporal no la tratamos entonces si el niño necesita hacerse empastes de molar de leche pues aquí no se la

podemos hacer, tiene que irse a un dentista privado. Como estamos en la zona en que existen pocos recursos económicos pues mucha gente no tiene posibilidad económica para esos dientes o sea las muelas es arreglarlas al final acaba viniendo a que se las quite. (Profissional de saúde)

40. Yo lo que entiendo es eso, la atención integral al paciente, en todos los ámbitos, en su entorno, en todos los ámbitos propios de la persona. Eso es lo que entiendo por integralidad, entonces, a nivel de práctica... la teoría es preciosa, perfecta y a todos nos gustaría, a nivel de práctica, pues bueno hablando desde atención primaria que es dijéramos el primero escalón que tiene el paciente para entrar dentro de lo que es el sistema sanitario y la atención, es un sitio privilegiado, en el sentido de que nuestra actividad no sólo se centra en la enfermedad del paciente sino en todo lo demás, en el entorno, los estilos de vida, es mucho más fácil la atención integral al paciente desde atención primaria que desde cualquier otro ámbito. (Profissional de saúde)

41. En atención primaria pediatría yo creo que es buena porque es muy integral, es decir, nunca desatendemos las demandas de la madre, no solamente, puramente físicas, patológicas, es decir, nosotros tenemos madres que las estamos conociendo desde los catorce años que el niño está aquí y conocemos perfectamente la estructura y la dinámica familiar de esa familia y sabemos que si ese niño a lo mejor va mal al colegio, y la madre te lo cuenta, es porque sabemos que la madre se lleva mal con el padre, y porque hay problemas en la estructura de la dinámica familiar, es decir, vemos el niño como un todo. (Profissional de saúde)

42. Es el médico de cabecera quien decide que es lo que hay que hacer con todo tipo de pacientes que le llegan a la consulta. Entonces llega un enfermo psiquiátrico y el médico de cabecera decide si lo puede abordar y tratar y/o si es una, tiene una gravedad suficiente para que lo vea el especialista.

Ese es el primer paso, una vez, entonces, si el médico de primaria decide que es él quien cura, quien aborda al paciente y quien le cura pues ya es él quien hace el seguimiento. Si decide que vaya al especialista, el especialista le pasa una primera consulta, le diagnostica, le pone en tratamiento, y ya normalmente le cita pero para mucho más tarde, porque el seguimiento a partir de ese tratamiento lo sigue haciendo el médico de cabecera. A no ser que por motivo dado empeore y ya no hay que esperar a la siguiente cita lógicamente. Pero el seguimiento normalmente lo hace pero en todo tipo de patología psiquiátrica lo hace el médico de cabecera, y de vez en cuando una cita, una revisión esporádica con su psiquiatra.
(Profissional de saúde)

43. Por ejemplo ahora tienes la comunidad autónoma, se han vinculado los servicios sociales, los recursos sociales a la dependencia. Casi todos los recursos sociales están vinculados a la dependencia. La ayuda a domicilio, el centro de día, las residencias etc., entonces no todas las personas que necesitan ese servicio, o ese recurso, por ejemplo la ayuda a domicilios son personas dependientes, es decir, el que ese dependiente lo más probable es que la ayuda a domicilio no le sirva para mucho, porque una, dos hora al día de alguien que vaya a apoyar a tu casa en las necesidades que tu tengas no resuelve mucho. Resuelve para una persona dependiente, resuelve que alguien esté contigo casi las veinticuatro horas el día, o un poco menos, pero un cambio de ayuda a domicilio si resuelve mucho para estas personas que empiezan ya a tener una dificultad pero que quieren seguir viviendo en su casa, que todavía pueden hacer cosas en su casa, que tienen cierto grado de autonomía, que no pierden el contacto con su entorno, y en cambio ya no podemos solicitar el servicio a domicilio para estas personas. Entonces, deciden que siguen en su casa y si no tienen recursos económicos para contratar a nadie pues siguen solos y sin contratar a nadie y en una situación cada

vez más difícil, es decir, con más dificultades para limpiar la casa, para salir a comprar, para tal, sabes, muchas veces tampoco hay un entorno familiar que apoye porque no existe o porque no es posible por otras cuestiones. Entonces al final vincular los recursos sociales a la dependencia es un error literal, es un error. Porque las personas dependientes necesitan determinados apoyos pero no todos son dependientes, es decir, llevamos aquí trabajando con mucha población que necesitan apoyos y que no pueden permitirse contratar a una cuidadora, a un empleado de servicio doméstico, hay gente que sí, que puede hacerlo y que quiere hacerlo pues estupendo, pero es que no todo el mundo puede. (Profesional de saúde)

44. Las Comunidades autónomas en un principio fueron una ventaja para el ciudadano. Porque se descentralizó por así decirlo la sanidad, la educación y tal. Y fue como una cercanía al ciudadano pero esto yo veo que no se está resultando porque además de conllevar una infraestructura es decir aquí en España hay diecisiete congresos de diputados, cada comunidad autónoma tiene sus políticos, es como agrandar la administración. Que tenía sus beneficios porque acercaban al ciudadano, pero ahora cada comunidad autónoma puede hacer porque tiene de alguna forma las competencias en salud y en otras cosas. Entonces el problema que yo veo es que no es lo mismo vivir en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha que en Madrid. Hay unos derechos que se tiene aquí y otros no. Igual los de Madrid si lo tienen. [...] Pero en Madrid es distinto, hay muchas menos, hay más dificultades para el acceso, y encima paga más el que entra, o sea, este es el problema en España que cada Comunidad Autónoma [...] Se supone que si yo te mando a ti a Madrid porque tienes una patología que yo no puedo tratar aquí o que tú te has puesto enfermo cuando estabas de vacaciones, yo tengo que pagar a la Comunidad Autónoma donde tú estés. Castilla-La Mancha le paga a Madrid la atención que a ti te ha dado. (...) Ese control lo

llevan a nivel del Estado. [...] Nosotros por cercanía a Madrid nos derivaban antes a Madrid porque date cuenta que no es lo mismo hacer cincuenta kilómetros que hacer hasta trescientos. Cuando nos mandan a Ciudad Real hacer eso, en eso hemos perdido muchísimo [...]. Y cuando aquí no hay ese recurso tienes que Toledo y un médico te tiene que te derivar a algún servicio de Madrid y Toledo lo tiene que ratificar que tú puedes ir. Porque sin esa orden de asistencia no te atienden [...] Esto se ha complicado mucho ahora, porque antes esto no era así. Entonces tú por cercanía podías acudir a otro servicio [...] antes de entrar este gobierno. Es que con la entrada del PP, vamos yo no porque sea de ningún partido político, a mí me da igual, pero sí que ha habido un deterioro en todo eso, por el corte económico. Entonces yo como veo todos los casos sociales tengo gente que aquí que se le manda a hacer una mamografía a Ciudad Real y no tiene ni dinero para ir. Ciudad Real el tren te cuesta treinta euros, más después coge un taxi, o un autobús para que te llegue a lo hospital. Mucha gente que no la tiene ahora [...] Si que después el Sescam te devuelve el dinero, pero ¿cuándo te lo devuelven? [...] Si de aquí nos han mandado a Ciudad Real yo puedo pedir igual que hemos hecho lo de la silla de ruedas para el transporte sanitario pero claro como no hay dinero pues no lo están pagando a nadie y hay mucha dificultad porque en España ahora los ingresos han bajado mucho y mucha gente tiene mucha dificultad para ir a hacerse una prueba diagnóstica a Albacete o a... es un problema. Para mí, yo que veo desde el otro punto de vista social pues para mí es un problema. Porque hemos alejado los recursos de los ciudadanos. (Profissional de saúde)

45. Luego otro problema que ha habido es lo de las autonomías. Desde que se han desarrollado mucho las autonomías la equidad no es igual. No es igual, te voy a poner un ejemplo. Yo soy de Castilla-La Mancha, vivo en Guadalajara a

cuarenta y cinco minutos de Madrid, yo antiguamente me tenía que hacer una prueba cuando entonces no sé, digamos las partidas de dinero no se llevaban tan exquisitamente, si hiciera tu tanto y si te pasas, no se ha llevado a Madrid la prueba, en Madrid no se la cobraba a Castilla-La Mancha, Guadalajara. Entonces a mí me tenían que pedir una prueba especial o un infarto o una cosa que no había aquí en Guadalajara, de neurocirugía, me llevaban a Madrid. Treinta minutos, mi familia iba y venía en tren, todo lo que quieras no? ¿Qué pasa ahora? ¿sabes lo que está pasando? Que te están mandando hacer una prueba a Ciudad Real y sabes cuál es lo más gordo de Ciudad Real, que cuando dicen que te pongan transporte te dicen que no, ¿y cómo hago? ¿Sabes que te llegan a decir? Esto te lo digo yo porque me lo ha dicho una paciente. Te tienes que ir a la seis de la mañana coger el tren a Madrid, es decir, que pasas por Madrid donde te podrían hacer la prueba, coges otro tren a Ciudad Real, te vas a Ciudad Real y te haces la prueba, siempre que eso sea por la mañana o por la tarde a primera hora, vuelves a Madrid, coges otro billete a Guadalajara y te vuelves, vale. Si la prueba es a las ocho de la tarde tendrás que coger un hotel y quedarte sino tienes en que ir. Y si no, tienes que coger tu coche y marchar. Otro caso, un señor que atendimos aquí, ese lo atendí yo con otros compañeros, un infarto agudo del miocardio. Hay que dar lo de alarma e inmediatamente la Uvi Móvil. ¿Y la Uvi móvil sabes adonde lo traslada? A Toledo. O sea, el señor se mete en una Uvi móvil en un helicóptero a Toledo y la viejita, la señora que es mayor sola desamparada se queda aquí viendo como a su marido se lo llevan a Toledo en un helicóptero sin saber le va a volver a ver y la señora aquí tirada... ¿tú te crees que esa señora puede ir a Toledo fácilmente? Que viene ya de un pueblo de Guadalajara que la mandan en una ambulancia aquí. O a mi vecino, su padre, tumor cerebral, operación en Toledo. ¿Tú sabes lo que es ir de aquí a Toledo, que no es

mucho, pero todo los días? Es que no es lo mismo que ir a Madrid.[...] Hemos perdido, no sólo Castilla-La Mancha, pero como ahora hay que pagar [...] Y lo mismo que aquí, sabes que ha salido en la televisión, no me acuerdo exactamente algunas zonas limítrofes, no sé si fue en Teruel o donde fue, entre comunidades que no querían atender a los otros al final, nada han negociado porque era de vergüenza, o sea, un señor que tiene un médico al lado en cinco minutos, lo hacían trasladarse a lo mejor a doscientos kilómetros o a cien. ¿Eso es equidad? No, no es equidad. Igual que tampoco es equidad que algunas autonomías están más desarrolladas que otras, porque si hay autonomías que no tienen ciertas especialidades para hacerse una prueba. [...] Y vamos a ver lo que pasa, que igual que la educación y todo, con la subida de tasa y todo, vamos a ver la equidad cual es. Mira lo que está pasando, tres mil personas que no han pagado [...] O sea, equidad ha habido, yo creo que sí, pero ahora ya desde que se han puesto las autonomías y claro y tú conmigo reconocerás que sí, los catalanes están más desarrollados o los madrileños siempre tendrán mejor asistencia que tú. Ahora cuidado a ver que pasa con las privatizaciones, vamos a ver lo que pasa. O fíjate tú algunas pruebas en Alcalá, que lo tienes a diez minutos y ahora te las tienes que ir a hacer a Toledo o a Ciudad Real, que estás pasando por delante del hospital en que te lo harían. (Profesional de saúde)

46. Ahora desde hace ya un tiempo estamos viviendo una particularización de la sanidad, división de la sanidad en las Comunidades Autónomas y que por ejemplo antes había hospitales de cuarto nivel que estaban en Madrid o Barcelona y podían ser visitados por personas de todas las Comunidades, ahora tu Comunidad es la que te atiende, poco menos que tienes que pedir permiso para ir a Madrid a un hospital. O sea no sé, es complicado. [...] (Cada comunidad tiene su sanidad) pero no tiene todo o sea, si tuviera todo no habría problema, pero uno

no puede tener todo. [...] La referencia continúa pero con más dificultades que antes, más dificultades, o sea ahora para que lo vea, si yo quiero trasladar un paciente a Madrid a un hospital tengo que documentar muy exhaustivamente porque no lo puedo tratar en ningún hospital de Castilla-La Mancha y si después de eso efectivamente no queda mas remedio iré Madrid. Cuando antes existía directamente, nosotros estamos a diez kilómetros de Madrid. [...] Por motivo económico simplemente o sea Madrid tiene un dinero para su sanidad y Castilla-La Mancha tiene dinero para su sanidad, entonces cuando Castilla-La Mancha intermite un paciente en Madrid tiene que pagarlo, Castilla-La Mancha lo paga porque Madrid se lo va a cobrar, entiendes, ya no es como que partimos de una bolsa común no, ahora ya nuestra bolsita depende de cómo sea de grande pues así funciona. Los habitantes de Madrid tienen una suerte enorme porque tienen los mayores, el mayor nivel sanitario del país. Claro, yo vivo en Madrid entonces mi tarjeta sanitaria en Madrid me atienden en un hospital divino, tengo de todo, no tengo que trasladarme doscientos kilómetros. [...] Hay alguna desigualdad, hay alguna diferencia entre Autonomías, aunque seamos todos españoles. Aunque sea un único sistema como está micronizado por decirlo de alguna manera en sus Autonomías distintas pues eso hace que en cierto punto haya desigualdades de salud. (Profissional de saúde)

47. Hablamos de las Autonomías en España de la organización política del Estado español y la repercusión sobre la salud, bueno, [...] internamente en España por un lado una de las pregunta es ¿las Autonomías generan desigualdad? Esa es una de las interrogantes que hay, pues hombre, en principio externamente parece que sí porque cada una de las Autonomías puede tomar sus decisiones pero si tu analizas un poco más en detalle no es así. No es así porque primero hay catálogo obligatorio mínimo de servicios que todos los servicios sanitarios regionales de salud tienen que

ofertar y eso es igual en todas las Comunidades Autónomas. La capacidad que cada Comunidad Autónoma tiene de cambiar, o sea de establecer nuevos servicios es muy limitada porque tiene que pasar fundamentalmente por un acuerdo de consejo interterritorial, sí que donde están representadas todas las Comunidades Autónomas y seguro te lo tienes que financiar tú a ti misma no vas a poder pedir más dinero para financiar un servicio diferente. [...] Por impuestos, es decir, distribución presupuestos generales de España. [...] Hay una centralización de Hacienda nacional y luego envían el dinero a cada uno de las Comunidades Autónomas, tanto por una partida de cada una de las partidas, sanidad, educación, de no sé qué, ahí tienes tú lo gestiones. [...] Eso es otra de las cosas que están en discusión. Porque el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas, pues siempre es muy controvertido, porque unos quieren hacerlo por financiación, otro lo quieren hacer por dispersión, otro quiere hacer por la población, otros quiere hacer por edad de la población y por necesidades, y hay un montón de parámetros que al final es de difícil aporte.[...] Cada una de las Comunidades Autónomas tiene un, a ver, las competencias en salud se las da el Estado central, y el Estado lo que ha ido es transfiriendo competencias a cada una de las Comunidades Autónomas, ahora, todas las Comunidades Autónomas tienen trasferidas las competencias. ¿Qué implica esto? Que es la organización autonómica, la administración autonómica quien se encarga de la gestión del sistema sanitario, salvo tres cositas, que es política farmacéutica, política exterior, vacuna, bueno vacuna no, política farmacéutica, política exterior fundamentalmente, esto se mantiene como competencia del Ministerio de Sanidad de todo el Estado, pero lo que es la gestión del sistema sanitario, del modelo sanitario está ahora como distribuida en diecisiete sistemas, en diecisiete institutos de salud, uno por cada Comunidad Autónoma. El problema viene cuando hay institutos de

salud, hay regiones, hay Autonomías que quieren cambiar el modelo. Y estamos en este momento, en este proceso. Valencia que lidió con la privatización de los servicios. Madrid ya comenzó a construir hospitales por iniciativa privada y ahora, y gestión pública que ahora van a transferir seis a una gestión privada. Cataluña también tiene modelos extraños de funcionamiento, raros también, o sea, no solamente tenemos un problema de distribución o de competencias sino que bueno el modelo tendría que ser igual para todos eso sí. El modelo debería ser igual para todos y no que cada uno haga lo que quieran. Pero en cuanto a lo que habíamos comenzado si la distribución, si ese modelo genera más desigualdad en salud, parece ser que no, parece ser que las cifras te dicen que no, que las competencias, la dificultad que te comenté lo que ha generado es mayor acercamiento y mayor la igualdad, que por ejemplo, en cuanto a equipos de, tecnológicamente avanzados, están concentrados en Madrid y en Barcelona, y alguno privado o Valencia o pues Sevilla, Sevilla también tiene alguna cosita [...] Extremadura no tenía nada, Castilla-La Mancha no tenía nada y de Extremadura y Castilla-La Mancha tenían que venir a Madrid que era donde estaba esto, entonces esto que era, donde estaba la accesibilidad, eso sí que va a encontrar ..., al distribuir las competencias para estos modelos han podido tener acceso a financiación de determinados equipamientos tecnológicos que antes no tenían. Y tenemos resonancia magnética en Extremadura, tenemos resonancia magnética en Cantabria, y las tenemos también en Canarias, y las tenemos también en Galicia. Que de alguna forma ha contribuido a una mayor accesibilidad y por lo tanto mayor igualdad, no todo concentrado en Madrid o en Barcelona, la gente se tenía que ir a operar a Madrid, esto era lo que había antes, lo que era el modelo. Donde estaban los grandes cirujanos y los grandes complejos y las grandes residencias que eran, esto no tenía en ese modelo. Ese modelo no tenía nada, era un hospitalillo en

Mérida, un hospital en Cáceres... Entonces bueno yo creo que esta la ha puesto en marcha el sistema de salud y del sistema de las autonomías ha generado mayor, ha conseguido la universalidad pero claro estamos en noventa y tanto, noventa y pico por ciento a avanzado en la accesibilidad, ha aumentado la calidad, ha aumentado la equidad, y por supuesto al estar financiado por impuestos ha aumentado la solidaridad del sistema. Se crean un poco los principios que venían. (Estudioso em Atenção Primária)

48. Ha habido una época cuanto más ofreces, más coge, eso es así. Yo cuando empecé una urgencia había una a cada veinte días. Se cortaba uno y se curaba en casa. Tenía tos y se curaba en casa. Le dolía la cabeza pues mañana se iba, ahora nos hemos vuelto un poco ñoños, es decir, blandos. Me duele la cabeza, al médico. Parece que, al médico. Ayer tosí, al médico. Que son cosas que hace falta ir, o sea, ofrecemos mucho y cogen todo. Le dice la televisión, si tiene un dolor a la cabeza vaya usted al médico, al decir todos vienen al médico porque tienen dolor de cabeza a ver si va ser no sé qué, cuando antes no venían. Tú tienes un dolor de la regla, te duele, te tomas lo que tengas por costumbre pues aquí alguno menos porque la gente viene al médico porque claro bueno pues cada vez que te viene la regla tomate esto. "Que a noche tosí", pues una tos ¿quién no ha tosido? Vienen al médico a ver qué es. Piden más "hágame una radiografía" o unos rayos, o una resonancia, cuando ofrecen una resonancia piden una resonancia, y a veces piden tal pues quieren un tal. A ver si voy a tener algo, sabes? [...] La gente, o sea, hemos ofrecido la sanidad, ha mejorado mucho, se ofrece mucho más y la gente coge mucho más o aguanta mucho menos, el dolor, antes les dolería igual y no se quejaban se aguantaban, ahora es que verdaderas... que me duele, pero es que me duele, dolor es una cosa valorable por el propio, por la propia persona, yo no puedo valorar lo que te duele a ti, tú me puede decir que te

duele muchísimo y yo pensar que te duele menos, pero ahora por cualquier cosa se accede al médico. Al ofrecer mucho, no es que se abuse pero casi, estamos colapsando, tú vas a las urgencias están llenas "porque ayer me caí", "porque me duele", "que me hagan", cosas que antes no ocurrían. [...] Nos hemos vuelto no si más miedosos, aguantamos menos, no tenemos ganas de sufrir ninguno, entonces a la mínima queremos que nos solucionen ya, no mañana, ya. [...] Los ancianos aguantan más que como siempre han aguantado, lo que pasa es que vienen demandando más por ayuda del dolor, es compañía, hablar, y que les tranquilices y les relajés, porque tu les explicas "usted tiene una artrosis que es hasta que se muera", que le dolerá un día sí, otro no, depende, tiene este tratamiento, te puedes ir pues mire lo llevo tomando dos meses y no me mejora, póngame otra cosa. Pero esos no vienen. Los jóvenes vienen, ya!, pero jóvenes me refiero entre veinte y cincuenta años, pero muchos son porque en pediatría vienen mucha gente, porque los padres no saben, ni quieren aguantar hijos ni nada. Entonces el niño al pediatra, pues aguántatelo, como lo han hecho todos padres, una tos, "ha vomitado una vez" y ¿quién no ha vomitado? ¿Quién no ha tenido una diarrea? Pues ahora a ver si va a tener no sé qué enfermedad nueva. Entonces colapsan las urgencias, demandan muchos recursos, hacen perder el tiempo, pero eso yo creo que es educacional, sabes, hay una generación que no están educados en la sanidad. "Tengo todo esto y quieren coger todo. Que me hagan todo." Eso no puede ser. Entonces hemos pasado de aguantarnos de tener una sanidad no mala a una sanidad muy buena pero excesivamente paternalista. "Ven aquí que te hago todo para ti". Es que no se puede hacer. Tu tendrás que aguantarte si te vas esta noche de juerga y en la mañana te duele la cabeza, pues no vas al médico porque te duele la cabeza y dices "ya sé que me ha pasado", me he dado un golpe me duele, pero no es para a ver si tengo algo roto pues es que depende que, hemos pasado un

poco de, nos hemos pasado de, todos, la gente mayor no, la gente joven, de hecho, tú vas a urgencias y la mitad son jóvenes, bien porque no quieren dejar de trabajar, esta tarde vienen a urgencias, o sea, abusamos de esos servicios. Urgencias tiene que ser urgente. No, ahora me va bien porque estoy yo aquí pues en el hospital ya te digo. Hay que cambiar esto, hemos mejorado mucho la sanidad, es muy buena, el concepto es muy bueno, pero la aplicación falla por los propios pacientes. Pides, pides, pides. (Profissional de saúde)

49. Hemos pasado de en España, yo creo, de un país de una higiene, o de una educación sanitaria mínima, a una educación sanitaria con mucha información y parece que todas las personas buscan que tu les expliques porqué tiene cuatro años, porqué tiene un poco de fiebre, porqué camina un poco mal no.(...) Enseñar que hay cosas que son normales, que no tienen porque ser patología y que son normales y que no tienen porque venir al médico no, pero es verdad que a veces pagas eso, o sea, pero eso también, si tu tienes una consulta de mucho tiempo, e intentas trabajar bien y no la tienes muy masificada, es decir, que no tengas todos los días, si tienes todos los días cincuenta pacientes, cincuenta niños no puedes hacer educación sanitaria. Es difícil porque fiebre, fiebre, mocos, tú exploras, recetas, adiós. (Profissional de saúde)

50. El médico de atención primaria también es especialista, lo que pasa que es especialista en un ámbito mucho más amplio. Él identifica y sabe de todo un poco para saber que cosas son importantes y cuales no para poder derivar y gestionar los recursos desde primaria, pero hasta hace poco o relativamente poco tiempo, los médicos de atención primaria que comenzaron no tenían especialidad concreta, entonces yo creo que eso a nivel de población se sabía, entonces siempre era más importante lo que podía decir el especialista, que lo que dijiste, lo que no sabe la población es que eso ha

cambiado, y que ahora mismo el médico especialista que está en la consulta de atención primaria también tiene un examen aprobado, una residencia hecha, una plaza cogida, es decir que, ha hecho el mismo proceso que cualquier especialista del hospital lo que pasa que centrado en el ámbito de atención primaria y otro en cardiología y otro no sé que. (Profissional de saúde)

51. En España comparado con otros países así de Europa, yo no sé en Estados Unidos por ahí no lo sé, que la mayoría de los puestos de pediatría de atención primaria estén cubiertos por pediatras con la especialidad hecha vía MIR eso no se da en muchos países europeos, es decir, por eso el derivar, o sea en otros países europeos el médico de familia siempre cubre la pediatría en atención primaria, y si considera que tiene la derivación al pediatra del hospital es mayor, aquí no tanto, o sea es decir aquí tiene la posibilidad de, hombre, ya derivas cuando ya consideras que es una cosa que se te escapa un poco pues es decir yo no puedo pedir desde aquí un escáner, por ejemplo, ante una migraña común en un niño, porque no puedo pedirla, yo desde aquí no puedo pedirla, o no puedo pedir una endoscopia si sospecho que tiene una esofagitis o que tiene una gastritis, no la puedo pedir y por eso le tengo que mandar al pediatra de digestivo, pero salvo esas cosas concretas o sea hacer un diagnóstico inicial, poner un tratamiento de presunción lo puedes hacer desde aquí, y a veces eso, yo creo que es un lujo, tener un pediatra de atención primaria creo que es un lujo, o sea un lujo para los pacientes en España yo creo que mucha gente lo sabe, es decir, cuando llega por ejemplo las urgencias Manantiales, las urgencias de atención primaria, están situadas en el Centro de Salud de Manantiales, tú lo sabes no, ahí la pediatría de urgencias la cubre, yo creo que el ochenta por ciento la cubre médicos de familia y hay algún pediatra que hace urgencias, mi compañera por ejemplo hace guardias abajo en Manantiales y tal. Y eso la

gente lo sabe, los padres, los pacientes lo saben. Es pediatra, no es pediatra, es decir, saben, se fían más de que lo que les diga, la información que les digan en urgencias, sea un pediatra o no. Por eso muchas veces los pacientes a lo mejor deciden ir al hospital a urgencias y no está bien, y hacer eso no está bien porque masificas el hospital. Porque saben que la urgencia del hospital está cubierta por pediatras pero es verdad que yo tengo compañeros médicos de familia que llevan muchos años dedicados a pediatría y que están bien formados sabes, es decir, que ya han visto tanta pediatría que ellos pueden hacer un screening de patología muy bueno sabes. [...] Yo, bajo mi punto de vista es lo que te decía, un médico de familia que rota cuatro meses, cuatro meses por pediatría, es decir que la, no sé si son cuatro o son tres, la verdad que son tres meses, de los tres meses, un mes y medio roto aquí, en consultas en centros de salud, y un mes y medio están en hospital. Es decir el abanico bajo mi punto de vista, el abanico de formación, evidentemente claro que se llevan una idea de lo que es la pediatría en atención primaria y la patología en atención primaria puede ser muy rutinaria, muy repetitiva, catarros, mocos, diarreas, tal, y la patología social, la pediatría social eso aquí pues lo puedes ver o no lo puedes ver, te quiero decir que entre la perspectiva que tú tienes como pediatra, cuatro años en los que tú estás rotando, a parte de que haces un mogollón de guardias de pediatría, estás rotando, cuatro meses en intensivos, cuatro meses en digestivo pediátrico, cuatro meses en alergias, dos meses en rayos pediátricos, o sea el abanico de formación que tú tienes como pediatra es evidentemente mucho mayor, es decir, que la posibilidad que tú captas, de que tengas la antena puesta y aquí captas algo más que un médico de familia, hombre evidentemente con el tiempo un médico de familia que lleve muchos años haciendo consulta de pediatría, con el tiempo también, y claro que el puede captar y derivar, pero entonces

no sé como decirte, es decir, si lo que se trata es de que al hospital solamente llegue lo verdaderamente importante, yo creo que, es decir que en pediatría que afortunadamente, yo creo que el ochenta por ciento de los niños son sanos, son niños sanos con patologías que se pueden controlar y modular, no deberían llegar al hospital, entonces deberías de poder manejarlos aquí. Hombre no sé como decirte, es un lujo pero yo creo que divide claramente la pediatría hospitalaria de la pediatría primaria, es decir, es un lujo pero muchas cosas, no sé claro la verdad es que yo no tengo un criterio para saber un país como Inglaterra, o no sé otros países, por ejemplo aquí una alergia banal si tú consideras que no tienes que vacunar un asma es que no lo tienes ni que mandar a consultas de pediatría del hospital.[...] O sea no solamente eficacia sino eficiencia, es decir que a lo mejor incluso económicamente es más rentable, que tú aquí discrimines bien, que seas más resolutivo y te den armas pues podrás, o sea analítica, radiografías, que tú puedas resolver aquí, que no tengas que estar en cuanto no sabes derivando al nivel superior no, yo creo que eso habría de ser así. [...] lo que cuesta tener todos los puestos ocupados de atención primaria por pediatras o por médicos de familia, pero yo creo que se gana en eficacia y en eficiencia. (Profesional de saúde)

52. Es como los pediatras en atención primaria, ¿qué sentido tiene los pediatras en atención primaria? Pues no tiene ninguno pero la Asociación Española de Pediatría es riquísima esa es una cosa, la cosa más importante del mundo, y cada vez que pongo, hay telediario diez minutos, quince minutos hablándote que quieren pediatras, sino hay pediatras ¿qué son de niños? Venga está sobre valorado en eso, sí está sobre valorado. Pero ahí digamos que metieron la cuña para meter, claro, los pediatras en atención primaria no son pediatras de la promoción y de la prevención, son asistencialistas. Conclusión la patologización de la infancia

ha sido evidente. Pero esto cualquiera que tenga ojos lo ve, cualquiera. Igual que las enfermeras de familia o enfermeras pediátricas, nosotros siempre luchamos porque no hubiera enfermera de pediatría para cien niños una enfermera, no, no, la enfermera que lleve a la familia y la familia hay niños, ancianos, mujeres, hombre, mayores, sí, esto es la humanidad. Entonces yo me tengo que relacionar con el pediatra y con el médico y con quién sea. Es mucho más sencillo había enfermeras que no querían tocar un niño, "oh, un niño, por favor, un niño", lo mira y y ahí está. Entonces aceptaban esa organización porque les venía bien personalmente, no porque le viniese bien ideológicamente. Entonces hay muchas cosas a lo largo del tiempo que te hacen ver como la gente, lo que te decía, que la mula va al trigo, que vuelve a reproducirse el mismo, el mismo, lo mismo, porque los sistemas de acceso de los profesionales a la atención primaria de salud no estaban bien definidos. Cómo accedías a eso? Primero los que estaban, continuaban, y en segundo lugar las nuevas oposiciones en principio, así que había oposiciones diferentes, a hospitales y a atención primaria, con lo cual la gente tenía que estudiar otras cosas, con lo cual se suponía una cierta formación. Pero tenías el problema de los traslados, la gente de hospitales se podía trasladar a la atención primaria, entonces, una persona que desconocía lo que era el mundo pensaba "yo voy a atención primaria porque trabajo de lunes a viernes, poco, por la mañana, no tengo líos, no tengo turnos, no tengo noches, no tengo no sé qué" y cuando llegaba ahí, "y ahora qué hago?". Como no sé nada lo que tengo que hacer reproduzco lo que hacía. (...) Primer problema, los traslados. Siguiendo problema, unificaron con acuerdo con los sindicatos, las oposiciones, la oposición ya no era de primaria o de especializada, yo creo que fui uno de los últimos que saqué la oposición de primaria, al final era la misma oposición y tu elegía la plaza donde te conviniese según el número que habías

obtenido en la oposición, con lo cual ese elemento específico de la atención primaria también se perdía. Entonces se fue perdiendo, hoy no sabemos quién va ir a la primaria. (Estudioso em atenção primária)

53. Lo que pasa es que me falta tiempo. [...] Lo que más llena el tiempo es la consulta con los pacientes pero luego sobre la marcha si tú traes un plan establecido para esta mañana lo más seguro es que no lo puedas hacer. Siempre puedes hacer una parte y otra no. El día que te sale todo ese día es un día extraño, porque es que es muy difícil que te salga todo. Pero bueno eso tiene su parte interesante, nunca sabes lo que va a pasar, pasa que de vez en cuando a mí me gustaría que al menos una parte del tiempo se me garantizara. Pero, bueno, si quieres llegar a todo tienes que trabajar muy deprisa, todo depende del número de personas que vengan. Si vienen pocas personas se trabaja muy bien, si vienen muchas personas tienes que renunciar a cosas, vas dejando cosas por ahí. [...] Aquí la educación sanitaria la tienes que hacer sobre la marcha, en la propia consulta tienes que hacerla. [...] Para mí mi gran problema es la falta de tiempo. Yo ahora mismo no sé cuantos pacientes voy a tener todavía. No sé cuanta gente tengo para hoy con lo cual no puedo hacer muchos planes. Yo sé que a las dos tenemos una sesión clínica, no sé cuantos pacientes voy a tener y tampoco sé si me van a dar un aviso a domicilio. Entonces, si no te dan avisos a domicilio ya dispones ahí de un tiempo tal, pero si te dan un aviso a domicilio pues ya pierdes una hora más o menos y ya es una hora a menos. (Profissional de saúde)

54. Entonces cambió la estructura de manera que el medico dejó de estar aislado, empezó a trabajar en equipo y gracias a esa reforma hemos progresado mucho, también se dotó al médico de unos medios de trabajo muy buenos francamente buenos, y entonces a partir de ahí empezamos a progresar. También se le empezó a proporcionar al médico y al equipo sanitario medios

diagnósticos importantes donde la mayoría de las cuestiones médicas ya se resolvía en el centro de salud, no haya que derivarlo a un especialista, entonces un periodo para mí que fue trascendente en la historia de la sanidad española que fue la reforma sanitaria que hubo en el año ochenta y dos con la creación de los centros de salud, donde el trabajo empezó a ser en equipo. (Profissional de saúde)

55. [...] la gente necesita que la medicina resuelva todo. Hay varios compañeros especialistas me han comentado es que ahora le dices a una anciana, por ejemplo un oftalmólogo, que lo que tiene que no va ver más porque es normal dado el proceso que tiene no lo concibe. "oiga señora usted tiene ochenta y cinco años y ya no podemos..." "oiga, oiga, pero es que yo quiero ver" y tal, es decir, la gente vive, tiene un concepto de vida eterna y felicidad eterna. No concibe que los años vayan pasando, que el organismo se vaya deteriorando, que cada vez, que es ley de vida, vayan surgiendo más cosas y que muchas veces la medicina no las puede asociar no lo conciben, necesitan. (Profissional de saúde)

56. Yo creo que la población tiene la sensación de que como todo se puede controlar, casi todo en medicina o en pediatría el médico lo puede controlar o lo puede curar, quizás en cuanto el niño tiene treinta y siete medio de temperatura a seis horas, al médico. En cuanto el niño camina con un pie un poquito así, al médico, sabes, entonces, tú aquí lo que tienes que hacer es educación sanitaria. Es decir, mire eso es labor, no de un día, de muchos días, de muchas semanas, de muchos meses, de muchos años, yo llevo en esta consulta casi trece años y yo sé que ahora, ahora ya, muchos padres por cuatro mocos y una tos no te traen al niño, porque yo me canso de decir, si tiene mocos, tiene tos, es un catarro, no hace falta, líquidos tal, un paracetamol, se tiene que pasar en casa. Entonces, si repites esa información muchas veces, muchos padres consiguen captar la idea de que hay pequeñas

enfermedades en pediatría, en niños y en adultos que son banales, que no son ni importantes y no tienen porque venir al médico no. Pero claro, es decir en cuanto tiene cuatro granitos al médico, a ver si es algo, es decir, hemos pasado de en España, yo creo, de un país de una higiene, o de una educación sanitaria mínima, a una educación sanitaria con mucha información y parece que todas las personas buscan que tu les expliques porqué tiene cuatro años, porqué tiene un poco de fiebre, porqué camina un poco mal. (Profissional de saúde)

57. Porque en atención primaria, ten en cuenta que en especializada tienes que ir con un volante, no puedes ir cuando tu quieres, sólo puedes ir cuando tienes la cita, sino no te atienden, pero aquí la gente puede venir las veces que quiera, como si tú quieres venir el lunes, martes, miércoles, todos los días de la semana, pides y te vienes o dices que es urgente y también te vienes. (Profissional de saúde)

58. El problema ya se plantea en el sistema que tenemos de trabajo, en la burocracia, en los problemas que existen realmente a la hora de trabajar, como son la burocracia que tenemos que hacer que es inmensa, desde que nos han puesto el ordenador, todos hacemos más, hacemos muchísimo más. Retrasa, y eso no te lo digo yo que siempre voy con retraso te lo dice el compañero al lado doctor que él dice que una hora mínima de retraso lleva y eso que él siempre va a la hora. El ordenador retrasa mucho porque ya que estás te pones a ver cosas del especialista, de aquí y de ahí, analítica pasada, no sé que, entiendes, es lógico. Más luego todo lo que tienes que escribir y no lo escribes todo. Entonces cuál es el mayor problema, la burocratización que tenemos en las consultas sobre todo con la excesiva demanda que tenemos, porque nosotros no tenemos un tope. No se pueden ver sesenta pacientes. Pueden ver cincuenta pacientes sin pretender hacerlo todo bien. Hacer lo que te pide el paciente, y además

mirar se fuma, y además mirar el peso, mirar a la talla, además si está obeso, otros factores de riesgo. Los programas de salud que diríamos para desarrollar. Entonces yo creo que esa es la principal losa que llevamos encima. Como nosotros estamos muy demandados ¿eso qué genera? que a veces también derivas más. Porque no puedes. (Profissional de saúde)

59. Era otro sistema más social que en este momento. En este momento es más directivo. Y también en aquellos tiempos y un poquito más tarde que fuimos aprendiendo un poco más se hacían más actividades en la comunidad, y más actividades de educación para la salud. Después hemos tenido más dinero, más presupuesto y una buena parte de ese presupuesto se lo llevaba la asistencia, nos ha comido la asistencia. Es lo que hemos dado cuando damos mucha asistencia, la gente es lo que viene a pedir, atención sanitaria, fármacos, todo el tema de la excesiva medicalización de la salud, lo hemos sido viviendo poco a poco, con lo cual ha ido engordando el presupuesto de las multinacionales farmacéuticas, y desapareciendo en una medida importante esa atención comunitaria y social que era el principio de la atención primaria. (Profissional de saúde)

60. Hay que empezar por analizar cuál es el motivo, la base, el origen de que vivimos en una sociedad consumista y en España concretamente, no sé en otros países, me consta que menos, pero en España desde luego, hipermedicalizada. [...] yo pienso que es debido a la presión enorme intereses económicos que hay de la industria farmacéutica claramente. Cuando la industria farmacéutica cree que no ha obtenido los beneficios suficientes que necesita ganar más crea entre comillas, incluso enfermedades artificiales, que antes no lo eran y ahora son, por ejemplo, antes lógicamente una mujer no se hacía tanto hincapié en la osteoporosis como ahora, bueno, pues ahora resulta que todas las mujeres tienen osteoporosis después de la menopausia, muchos decimos, "es que antes no tenían, es decir, antes no era un tema que se prestaba

atención, es que antes las mujeres tenían muchas más fracturas que ahora". No. O hay una maniobra por parte de la industria farmacéutica para crear una necesidad en cuanto a una determinada patología y entonces la creamos y una vez creada llegamos a determinados grupos de presión y determinados grupos que son una referencia en el mundo de la medicina y a partir de ahí una vez que hemos llegado a esos grupos ya es más fácil extenderlo al resto de otros sectores médicos. [...] Por un lado la industria farmacéutica hace su trabajo creando necesidades eso por un lado, segundo el sistema español se presta mucho que sea una sociedad hipermedicalizada, bombardea por parte de los medios de comunicación de que hay que prevenir todo. (Profissional de saúde)

61. [...] por un lado creamos necesidades de un cierto consumismo, además se presta mucho, se prestaba mucho y ahora ya no tanto y de hecho ya ha disminuido bastante el consumo, porque había un sector de la población donde el acceso a las medicinas era completamente fácil y gratuito, no había ninguna barrera. Entonces, era ahí en ese sector donde se hacía hincapié. Es decir "oiga usted ya tiene la menopausia, usted tiene una osteoporosis, además cuidado, hay que cuidarle esa menopausia porque si tiene algún sofocón no debe tenerlo y bueno más patologías". Entonces se hizo hincapié en determinadas y además en sectores donde no tuvieran dificultad en acceder a medicamento. (Profissional de saúde)

62. El paciente tiene un concepto de que si vas al médico tienes que salir con una medicina y si es cara mejor, es mucho más efectiva a que si es barata. Entonces si vas al médico y encima te dice "oiga esto no tiene importancia no es necesario usted que tome nada, con que haga estos ejercicios, haga esto es suficiente", no lo concibe, o antes, ahora ya en eso hemos avanzado un poquito y hay más educación sanitaria. Pero antes "oiga y usted no me manda nada?" y te lo preguntan "no es necesario" ya no eras para ese paciente en su concepto ya no

eras un médico bueno, porque no le habías mandado nada. Y si encima le mandabas una medicina barata tampoco eras bueno. (Profissional de saúde)

63. Pero lo que quiero decir es que la gente también, pues eso, te das cuenta que si lo da, si el Estado te lo da lo aprovechas, si el Estado si te lo da no te lo da gratis, o muy barato, realmente ya no es tan importante. Y se han acostumbrado a que, bueno, si realmente tiene mocos, como sabe que son mocos, ahora ya como no me lo pagan y me sale caro, no me lo compro. Eso si que tiene un cierto impacto, no solamente en ahorro económico para al propio sistema sanitario, sino... o sea ha sido realmente la medida que ha obligado a que mucha gente no abuse de medicamentos que no eran estrictamente necesarios. Curioso, pero es así. (Profissional de saúde)

64. Está claro que responde a una iniciativa individual y a un interés individual en llevar a cabo algo en lo que crees y en lo que crees que va a ser útil para mejorar las condiciones de salud de esas personas. Pero no existe una organización a nivel institucional que favorezca eso que yo hago, es más durante un tiempo, bueno yo he sido durante muchos años responsable de educación para la salud y hubo un tiempo en que yo hasta tenía una sobrecarga de trabajo asistencial muy importante. Pedí ayuda para que se me ayudara a poder se me quitar un poquito de trabajo asistencial para poder seguir realizando el trabajo de gestionar la educación para la salud del centro. Y después de varios meses de no tener ninguna respuesta dejé esa responsabilidad porque entendí que los gestores que había en ese momento que no son los mismos que ahora no tenían ningún interés en sacar adelante esos proyectos. La educación para la salud, la actividad comunitaria es lo que figura, porque tiene que figurar al final de todas las memorias, y hemos realizado tal cosa sin que muchas veces se crea en la importancia y la efectividad de esas actividades. (Profissional de saúde)

65. Los precios de los medicamentos los pone el Ministerio de Sanidad y Consumo, de acuerdo con las empresas farmacéuticas, ese es el precio estándar, el precio venta al público, pero en España, ahora hay cuatro tipos de, antes había dos, que era el paciente pensionista que era la receta de color rojo, y el paciente activo o trabajador que era la receta de color verde. La receta de color verde aportaba un cuarenta por ciento el paciente y el sesenta por ciento lo pagaba el Ministerio de Sanidad. Y la receta roja el paciente no aportaba nada, cero, y todo lo aportaba el Ministerio de Sanidad. ¿Qué ha ocurrido ahora? Que ahora hay cuatro formulas, dentro de la receta roja hay dos, una que sigue sin aportar nada, que es lo que llamamos cero cero uno, y otra que es la cero cero dos que era el antiguo pensionista que ahora paga el diez por ciento. ¿Y qué pasa con la receta verde? Pues que ahora hay cero cero tres que paga el cuarenta por ciento como antes y cero cero cuatro que paga el cincuenta por ciento. Entonces ¿qué ha pasado con esto? ¿Qué hemos hecho? Subir la aportación general. La diferencia entre estos dos, es que el cero cero tres queda para parados de larga duración, situaciones de desempleo, fin, gente con recursos menores de x miles de euros, tal, tal, tal. Eso es lo que ha pasado. Entonces ¿qué se ha hecho con eso? Que la gente pague más por la medicación, nada más, no has hecho otra cosa. Entonces esto debería de ser así, pues mire, yo creo que en España hoy en día sobre todo además con seis millones de parados yo creo que hay que ser un poco consecuente y un poco pensar un poco en la gente. Creo que con seis millones de parados no podemos ahora subir la medicación ni subir las aportaciones ni nada porque hay gente que no va a poder pagar nada. Entonces esa es mi opinión. (Profesional de saúde)

66. El problema es que están cambiando de modelo, o está volviendo el modelo antiguo, y nos están haciendo ver que es lo único posible. Ese es el problema. Lo que a mí me preocupa

de esto es que sea una excusa para volver al modelo asistencialista exclusivamente. Modelo biomédico dominante, esto lo que me preocupa a mí, que todas las iniciativas de la promoción, de la prevención, de la coparticipación comunitaria de todo lo que estábamos apostando, o que era la ideología que sustentaba el proceso de reforma y el sistema nacional de salud, sea considerado como algo accesorio porque lo importante es lo asistencial, entonces vamos a volcarnos a lo asistencial pero eso está apoyado con los profesionales que dicen que me no me substituyen eso. (...) Pero entonces cuanto más lío, cuanto más follón, cuanto menos funciona, se justifica que haya medidas "bueno ahora vamos tratar de funcionar todo esto rápidamente" los defensores de la privatización. Otra cosa es que la privatización es buena o es mala, no lo sé, pero del punto de vista de los valores, es un ejercicio que yo le pongo yo a los alumnos, ¿privatizar los hospitales a que atenta por los valores del sistema nacional de salud? A todos. ¿El servicio sigue siendo universal, tú tienes derecho, se ha detenido? Sí. ¿Es accesible, rompes la accesibilidad? No lo rompe. ¿La equidad, se sigue financiando a través de impuesto? Sí, la solidaridad no lo rompe. Entonces ¿qué es lo que rompe? Pues rompe fundamentalmente que tienen que obtener ese beneficio y que en un sistema de gestión pública ese beneficio reinviertes en nuevos servicios y en un sistema privado, ese beneficio te dejará en tu bolsillo. Por lo tanto tú estarás más interesado en sacar beneficio antes que desarrollar la calidad. (Estudiosos em Atenção Primária)

67. Es una amenaza directa, es una amenaza clara y directa. Los derechos no solamente de los ciudadanos sino de los propios trabajadores, lo que hay es, lo que se está intentando producir es lo que podemos llamar una americanización, una americanización de los sistemas sociales. Eso supondría un desastre para Europa porque los derechos sociales han aparecido, la igualdad y los derechos sociales

han aparecido en Europa. Fuimos los creadores y somos los que hemos mantenido. En Estados Unidos ahora mismo existe un caos respecto a derechos, es un caos e intentar exportar ese caos supondría, pues no sé, posiblemente un caos económico y consecutivamente además de un caos económico, significaría pues probablemente un problema ecológico y un problema de desarrollo. No podemos pensar que todo el mundo tiene que tener elementos de consumo, eso sería inimaginable, si cada brasileño tuviera una moto la vida sería imposible en Brasil, si cada chino tuviera, cada cinco chinos tuviera un coche no se podría vivir en China. No podemos imaginar que las sociedades vayan hacia adelante en el sentido de producir y tener cada vez más elementos de consumo porque eso cuestionaría nuestra existencia en la tierra, eso es inimaginable. Entonces tenemos que tener siempre al Estado como un elemento intermediario que haga posible las necesidades racionales de la sociedad, tiene que haber un Estado, tiene que haber una persona que mire por el futuro de todos de la sociedad. No podemos ir cada uno a lo nuestro, eso es inimaginable. O sea una política liberal, basada en la competitividad y el egoísmo, significaría nuestra autodestrucción. Por eso nosotros, yo creo que en España como en toda Europa estamos actualmente luchando porque no suceda eso. Que sea el Estado que garantice siempre que no nos equivocamos en la dirección en la que vamos. La amenaza está clara, la amenaza está clara porque lo que quieren es no financiar los servicios sociales, si no financiar los servicios sociales pues claro, vuelve otra vez a surgir el problema de la desigualdad, la competitividad no legítima, y por tanto la violencia de la sociedad. La única manera de que no haya violencia en la sociedad es que el Estado garantice a todos en pie de igualdad una misma garantía que es la garantía de la educación y la salud gratuita. Esa es la única garantía de la no violencia. Todo lo que no sea eso es violencia, la

capital más violenta del mundo es Washington, el número de crímenes por minuto, más elevados en todo el mundo es Washington, y es una de las capitales más ricas del mundo. Entonces depende de lo que tú quieras valorar como riqueza, es decir que de alguna manera hay que tener claro que entendemos por sociedad y que entendemos por justicia social y no hay que olvidar que la política tiene como objetivo la justicia social, la política fue creada en Grecia pero el objetivo de la política es la justicia social. Búsquela, un partido la buscará de una manera, otro partido la buscará de otro, pero el objetivo es la justicia social, si un partido no consigue encontrar la justicia social por una estrategia política tendrá que haber otro partido con otra estrategia, pero el objetivo es la justicia social. Y actualmente sólo en Europa se plantea la posibilidad de esa... justicia social, no hay ningún país en el mundo más que en Europa donde es posible esa justicia social. Por tanto tendremos que ser nosotros los que intentemos buscar esa justicia social porque no hay otra alternativa. Y aquí ahora mismo estamos sufriendo la amenaza descarnada de determinadas fuerzas sociales que quieren privatizar la educación y privatizar la sanidad con el fin de tener un elemento de lucro, más no, cuando desde el punto de vista ético y legítimo eso es inviable, en la historia de la humanidad nunca se ha obtenido dinero de la salud de los demás y todas las familias en otras culturas se han encargado de enseñar a sus hijos gratuitamente otras personas o atender gratuitamente y de manera altruista a la salud de los demás. Entonces no podemos ir para tras, si privatizáramos la salud si privatizáramos la educación y privatizáramos los servicios sociales iríamos para tras. Hacia una sociedad violenta, una sociedad autodestructiva, una sociedad que ecológicamente sería inviable y es ahí donde estamos sufriendo la amenaza en este momento de las fuerzas económicas de otros países. (Profissional de saúde)

68. Lo que quieren es parasitar el sistema público para casos no rentables y privatizar los casos rentables, económicamente rentables. Una enfermedad que origina una invalidez y que exige una prestación y muchas operaciones, y muchas intervenciones tiene que ser vista por el sistema público. Una enfermedad que se puede curar y el ciudadano puede seguir pagando cuotas que hace rentable un sistema mutual, un sistema capitativo, un sistema mutual capitativo, pues es una situación rentable y por tanto tiene que ser privada, porque se intenta ahora es dividir la sanidad en rentable y no rentable. Lo rentable privatizarlo para que haya una compañía que obtenga beneficios y lucros y su junta de accionistas decida cuales son las estrategias, es más o menos como los sistemas mutuales que existen en Estados Unidos en este momento. Los sistemas mutuales en Estados Unidos dejan a millones de personas inválidas y pobres sin ningún tipo de ayuda ni apoyo porque no han pagado a su compañía y muchas veces habiéndola pagado su propia compañía le quita los derechos que tiene a la prestación económica y tiene que recurrir a los tribunales para conseguirlos, pero como no tiene posibilidad de tener buenos abogados los pierde. Entonces tenemos, tenemos que luchar contra eso que es lo que nos quieren importar. Los sistemas sanitarios son rentables solamente cuando el afán de lucro está por encima de la supervivencia del ciudadano. Entonces nosotros no queremos eso, nosotros, si es preciso pagar más, pagamos, pero de ninguna manera queremos dejar en la cuneta, dejar apartados a millones de personas simplemente porque tienen una enfermedad crónica, eso es inimaginable, eso va contra la naturaleza humana. Entonces, estos sistemas que existen en Estados Unidos son sistemas totalmente inhumanos y apoyados exclusivamente en la, en el lucro, en la avaricia, en la codicia, en el afán de enriquecimiento de unos pocos. [...] Ahora mismo hay compañías que quieren gestionar nuestros hospitales para hacerles

rentables, pero en salud ahora mismo no hay nada rentable, en salud no hay nada rentable, no puede ser rentable, nadie puede hacer mercancía de la salud y de la enfermedad de los demás. Eso es inhumano, eso va contra la naturaleza humana. Y sin embargo hay ahora mismo personas que quieren imponernos la gestión privada de hospitales para hacerlos rentables. (Profissional de saúde)

69. Es una ley nueva que sacaron el veinte y cuatro de abril, un real decreto, donde aquí en España antes según llegaban las personas inmigrantes solo se les pedía un empadronamiento y con el pasaporte les hacíamos la tarjeta sanitaria para personas sin recursos, y tenían derecho a todo, a recetas, a pruebas diagnósticas, y tal, pero después de ese real decreto todo ha cambiado mucho de tal forma que la persona que no está legal en España que no tiene NIE, permiso residencia no tiene derecho. Solo tiene derecho a ser atendido por enfermedad grave o accidente grave. [...] Quien tiene el NIE tiene el permiso, sin ese NIE no se puede cotizar, tú no puedes trabajar siquiera. [...] Se supone que tú tienes que venir, si estás aquí estudiando tienes que venir con un seguro privado, pero si no, si tu estás en España has trabajado, o no has trabajado, pero tienes tu NIE en regla permiso, ahí, te lo daríamos por persona sin recursos, pero sin ese NIE ni siquiera. Y aquí han se han quedado dos mil personas sin tarjeta sanitaria. Entonces la universalidad ahora mismo empieza a evaporarse. (Profissional de saúde)

70. Los españoles tienen cobertura sanitaria aunque sean parados de larga duración, tienen cobertura sanitaria y nunca la van a dejar de tener. El problema lo tienen en este momento en este país los inmigrantes, los inmigrantes irregulares. [...] Es verdad que hay situaciones muy particulares en las que por ejemplo hay hijos que a lo mejor han pasado... cuidando sus padres y nunca han trabajado, nunca han estado a dos de alta, estos hijos siempre han estado en la cartilla con

el padre o con la madre. Es decir, el problema muchas veces lo han tenido cuando antes, antes de la última ley que salió en abril del año pasado no me acuerdo bueno, la cuestión es que la última legislación que ha sacado este gobierno sí que cambia las cosas, pero vamos con respecto a los españoles, esas hijas que están en estas situaciones, estos hijos, podían ponerse en la cartilla con los padres y siempre tenían cobertura sanitaria, el problema surgía cuando ya los padres fallecían y tal pero seguían teniendo cobertura sanitaria pues igual que otra población que nunca ha estado de alta o ha trabajado siempre sin contrato y demás. Pues se les ponía como sin recursos o una situación excepcional y seguían teniendo tarjeta sanitaria sino podían ponerse con ningún familiar es decir con ningún familiar más directo. Luego salió esta legislación que ya excluía los inmigrantes sin papeles, o los que nunca habían cotizado a los que estaban fuera de la Comunidad Europea y tal y allí salió entre esa legislación salió también los mayores españoles mayores de veintiséis años. Pero hubo tanta presión social que rápidamente lo quitaron, porque claro nos encontrábamos con gente que había terminado la carrera, una carrera superior que había estado todo este tiempo estudiando, arquitectos, ingenieros y tal que todavía no habían tenido la oportunidad de encontrar trabajo y de pronto además de eso se encontraban sin cobertura sanitaria, sólo por tener más de veintiséis años. Y fue algo bastante escandaloso esa medida y ha salido mucha presión y lo modificaron. [...] El problema los tienen sobre todo los inmigrantes irregulares y los que no están irregulares tampoco han cotizado nunca a la seguridad social, ni están dentro de la comunidad europea, en fin, ahora de todas maneras ya no se lleva el tema de la tarjeta sanitaria, ahora la lleva el CAISS que es el centro de atención y información de la seguridad social, funciona muy bien es un servicio que funciona muy bien, pero también esta ley incluía un cambio de que ya la

tarjeta sanitaria, lo que es la cobertura sanitaria, volantes, ya todo esto se gestiona en el INSS, antes se gestionaba también en el centro de salud, y en el SESCAM y ahora no, ahora se gestiona todo en el INSS. Si alguien quiere saber si tiene cobertura sanitaria o no, o tiene derecho, en que situación está, se tiene que pasar por esa oficina. [...] Y allí ya le van a decir si tiene derecho, si no tiene, como hay tantas situaciones particulares pues nosotros no nos la sabemos todas, es decir que aquí se nos presenta de todo. Sobre todo antes, antes era más fácil porque se resolvía como sin recursos a todos que venían sin papeles, ahora mismo no. [...] Hay veces que lo sabemos claramente porque cuando viene alguien con un problema... ahora sólo vienen... antes venían todos los inmigrantes, es decir, al centro de salud porque la información que tenían es que tenían que venir al centro de salud para resolver el tema de la tarjeta, venían con el número de afiliación que ya les daban en el INSS y eso les permitía, eso y su pasaporte vigente, les permitían poder tramitar aquí la tarjeta sanitaria como persona sin recursos, pero desde que salió este decreto pues se modificó y ya no, es decir, ya tienen que tener una situación determinada, haber estado a dos de alta, o estar trabajando o en fin. (Profesional de saúde)

71. Claro, es que este principio de universalidad sin control deja de ser hasta justo, porque claro, todo esto también lo estamos pagando nosotros que somos personas del país que vivimos y trabajamos y pagamos impuestos y no puede ser. Listas de espera tremendas, no puede ser. Subida de impuestos, bajada de sueldos. Y por que no, tiene que controlar, no puede ser. Entonces ese principio de universalidad sí, pero en las mismas condiciones, es que sino siempre vamos a perder. [...] Te das cuenta de que es un sistema que no se puede mantener y que eso repercute fundamentalmente en los trabajadores. Pero no sólo en sanidad,

sino a nivel de todos, a todos nos han subido los impuestos, a todos nos han bajado el sueldo, ¿hasta que punto eso es justo? (Profissional de saúde)

72. La situación en la sanidad ahora mismo ha disminuido muchísimo de calidad en bastantes niveles en realidad nosotros hasta hace poco tiempo pues nos poníamos enfermos, teníamos un suplente que lógicamente venía a cumplir su trabajo y digamos que la atención seguía siendo más o menos la misma. Ahora ya no es así porque ya no se pone ningún suplente, con lo cual el trabajo que queda sin hacer lo tienen que hacer otros compañeros con lo cual el trabajo queda sobrecargado, obviamente con lo cual no es igual para nada. Al no tener suplentes pues el problema de las vacaciones pues está muy complicado porque ya no es lo mismo y tal. [...] También es una obligación digamos por ley te pertenece una paga extraordinaria, este año nos la han quitado, en diciembre no hemos cobrado paga extraordinaria, nos la han quitado. [...] Pues normalmente, yo no sé en tu país, pero aquí y creo que en más países también, existen catorce pagas al año, es decir, los doce meses, más una que se da en navidad y otra más que se da en verano en el mes de julio, pues para ayuda de vacaciones o para... toda la vida ha habido catorce pagas, bueno pues este año la de navidad, la extraordinaria me la han quitado, o sea que hemos cobrado trece pagas [...] Entonces, te quiero decir con todo eso que lógicamente pues bueno a nivel privado nuestro estamos mucho peor que estábamos, o sea a nivel de trabajo, mucho peor. [...] Si los salarios están bajando permanentemente, los salarios están bajando permanentemente, nos han quitado en conceptos de varios tipos a pellizcos digamos ya bastante dinero, de hecho, el otro día lo he leído en alguna parte que se calcula que nuestro poder adquisitivo ha bajado alrededor de un treinta y siete por ciento, a parte de eso nos han subido el IRPF o sea a mí el año pasado, el antepasado me han descontado un dieciocho, un diecinueve y

ahora me están descontando veintitrés, quiere decir que si me están bajando el sueldo y me están subiendo el IRPF, estoy ahorrando cada vez menos, de hecho yo a lo mejor, ahora mismo calculo que tendría que estar ganando unos trescientos o cuatrocientos euros más de lo que estoy ganando. Si hubiera seguido progresivamente aumentando como estaba hasta los últimos años. Y también tenemos un poco ahí en como la espada de Damocles encima no, hay otro concepto que es como por hacer cursos esas cosas, que no lo quieren quitar que la atención A que son ciento trece euros creo que no lo han quitado, no lo van a quitar, y tenemos también la amenaza entre comillas de que nos vayan a quitar otro concepto que es de carrera profesional que nos lo han adjudicado no hace muchos años que igual según te vas haciendo más mayor vas sumando un esta, una parte [...]. Quiere decirse que bueno yo concretamente tenía un sueldo bastante aceptable debido a mi antigüedad, a los años que llevo y me voy a volver mileurista otra vez por el artículo veinticinco. Y luego la calidad, la calidad de asistencia pues lógicamente no puede ser la misma, porque lógicamente estamos continuamente intentando ahorrar no ya de profesional, sino de materiales, quiere decirse que estamos todos los días pedimos unos tubos para analíticas nos mandan los que quieren, protestan continuamente porque gastamos muchas agujas de palomillas para pinchar, todo muy escaso el material, muy escaso de mucho menor calidad del que teníamos antes por supuesto [...] Y se está comentando yo no lo sé a ciencia cierta pero yo he oído comentar el otro día que me lo han dicho compañeros que pues para una resonancia magnética pues a lo mejor puede tener la posibilidad de tener un cáncer y no lo sabe, pues están dando una cita para el año dos mil quince. Que seguramente cuando le hagan la prueba se habrá muerto ya, o sea que, pues así estamos, ahora mismo. Y realmente vamos a peor y además que hay una cosa clara y lógica es que realmente están intentando vender que la

privada, la privada continuamente porque "la atención en la privada es mucho mejor, por la pública está muy mal y tal" pero realmente yo creo que la gente es muy inteligente para saber que si realmente ahora mismo según cuentan esto no es rentable, que se supone que una seguridad social no debería ser rentable porque no es un negocio, no es rentable, si va a entrar una privada esa privada tendrá que ganar dinero no, porque si no no veo yo el interés de meter una privada. Si ahora mismo no es rentable y ahí hay que apartar un capital importante para que eso, ese dinero se gane, se dice que la calidad va a ser mucho muy inferior, eso es dos más dos, nada para que sea muy listo, con lo cual realmente pues estamos ahí. Ahora mismo la sanidad española tiene un declive muy muy muy importante. [...] Pues en realidad hace un año y pico desde que ha habido un cambio de gobierno, porque antes no estaba así, en absoluto. [...] El sindicalismo realmente en este país se ha coartado mucho últimamente, es decir, pues se ha coartado fácilmente, es cierto que había un número de sindicalismo importante potencial, por una gente que realmente todos siempre comentamos pues que realmente al estar sindicado no trabajaban digamos y entonces había un número importante, ahora se les ha mandado trabajar por lo cual el porcentaje de gente [...] Hay un movimiento sindical pero es más bajo que estaba, lo que si que es cierto que hay una cierta movilidad muy importante que antes no había de la gente de la calle, trabajadores en si no digo que no promovido por los sindicatos, pero en menor instancia, creo que han perdido fuerza y ha ganado fuerza el poder de la calle. [...] Yo he asistido a manifestaciones en la cual me he encontrado gente de todo tipo, yo me he encontrado gente, me he encontrado enfermeros, me he encontrado a médicos, me he encontrado a celadores y a pinches de cocina, o sea, es decir, es porque en realidad estamos todos, estamos puteados todos, o sea, la cuestión no es un gremio, otro gremio, estamos todos, o sea

porque evidentemente tu vida social y tu vida laboral se va a ver perjudicada evidentemente en tanto en cuanto al sueldo que cobres obviamente. [...] Pues se está dando cuenta por un motivo muy sencillo, porque están viendo, evidentemente, como usuarios que son, están viendo que sus necesidades médicas están disminuyendo muchísimo, con lo cual evidentemente como usuario se están dando cuenta. También están dando cuenta que somos un colectivo muy importante que estamos muy puteado, entonces de alguna forma nos están apoyando, como profesionales. Y en tercero lugar se están dando cuenta que también no solamente estamos mal nosotros, están mal todos los colectivos del país, luego entonces, están viendo que este un tema que les va. (Profissional de saúde)

73. Pienso que rompe la universalidad asistencial. No hay más, o sea rompe la universalidad de la asistencia. Son personas que viven aquí, porque han estado, como viven aquí tienen derecho a recibir lo que, prestación, lo que viven aquí. En qué condiciones, si son legales, eso es otra historia que tendrán que determinar otras personas, pero mientras estén aquí tienen derecho a lo mismo que los que están aquí. Entonces no tiene sentido, no tiene sentido hacer pagar. Porque mira, curiosamente se habla del turismo sanitario. Pero el turismo sanitario lo hace aquí Europa, tenemos en Mallorca, tenemos en Canarias, tenemos en toda la costa, eso viene todo el levante colonias de personas de la Unión Europea viviendo prácticamente todo el año y tienen el derecho a la asistencia sanitaria. Son gente acomodada que tienen pensiones en sus países de origen, que tienen propiedades aquí y tienen derecho a la asistencia sanitaria española y nadie les niega ese derecho. Pero una persona que viene sin trabajo, sin dinero, sin apoyos, sin no sé qué, no viene a hacer turismo sanitario. Lo que dicen los "ah, que viene hacer turismo sanitario que nos cuesta un montón", no, precisamente tú no puedes cobrar a quien no tiene. Cobra al que tiene, si quieres cobra al quien

tiene. Pon un impuesto a los residentes extranjeros en España ta,ta,ta, o un impuesto sobre la propiedad, y con eso financia su asistencia sanitaria. Pero no, curiosamente, le das la residencia española al que tenga un piso, el que tenga un piso puede ser español y el que no tiene un piso fuera. Desde el punto de vista de los derechos humanos no se sostiene, desde el punto de vista del desarrollo social no se sostiene, pero del punto de vista de los valores del sistema sanitario los rompe todos. Xenofobia, porque eso no se da con un ciudadano de Islandia o de Estados Unidos, no se da con un ciudadano de Suecia o de Alemania o de Holanda. Se da con una persona de Marruecos o de Subsahariana, se da con esas personas. Xenofobia, pura y dura. [...] Mira, la consecuencia social, que la gente, vamos a ver, cuando tu tocas un elemento relacionado con la xenofobia en plena época de crisis, vas a tener un respaldo social más importante del que crees. Aquí hay un lema de algunos elementos de extrema derecha, además que en Alcalá de Henares hay, tienen su sede, su organización, su partido político y su representación en ayuntamiento, que dicen "los españoles primero". Y ese mensaje de los españoles primero es un mensaje que tiene una venta absoluta en un país donde hay seis millones de parados. Es decir tienes abonado el camino al decir "¿cómo le voy a dar yo un subsidio desempleo a un marroquí o a un peruano o a un polaco o a un rumano cuando los españoles, cuando teniendo seis millones de españoles que no tienen derecho a la prestación económica?". Es que no se hace falta más, no hace falta más, no hables de derechos humanos, y digamos que en España la idea, el vestigio de cuando los españoles éramos emigrantes, porque había mucha inmigración en los tiempos de Franco en España a Suiza, a Alemania, a todos los países de Centro Europa, ellos mismos te dicen, pero cuando nosotros íbamos, íbamos cuando había trabajo, cuando no había trabajo nos echaban. Esa utilización de la mano de obra es lo que piden, es decir, había trabajo

sí, ahora que se vayan todos que no los necesitamos. Cuando en una época determinada no había un español que fuese un camarero. No había un camarero español nadie quería! Tú ibas al McDonalds, alguna vez tú has ido al McDonalds. Y todos, todos, todos los que estaban ahí eran fundamentalmente sudamericanos, todos. Ahora no es un extranjero que trabaja en el Mcdonalds, todos son españoles, curioso. Qué pasaba que en tiempos de trabajo no lo quieres. O sea que es también la utilización, claro, la gente no va a cruzar el Atlántico, cuando tú quieras que crucen el Atlántico. Ahora te necesito y vienes, pero no aquí no echas raíces, no seas ciudadano, no seas igual que yo, no tengas derechos. Fuerte ¿es verdad? Pues eso socialmente está mal. Entonces esto que significa, pues que hay mucha gente de, parece hasta bien. Pues si quieren sanidad que la paguen, que yo lo pago a través de mis impuestos, y ellos no contribuyen, y ellos no hacen, ellos..., ellos son víctimas de alguna manera y es verdad que la inmigración muchas veces, la inmigración sea potencial en la época de bonanza para bajar los sueldos de los titulares. Porque tampoco había españoles en el campo, trabajando en el campo, en el brócoli o la fresa, que todos sea gente de fuera? pues porque si a ti te pagaban diez, cuando trajeron a los inmigrantes pagaban cinco, y por cinco a ningún español le compensaba, se buscaba el trabajo en otro sitio, entiendes un poco, como era, quién ocupaba esos puestos, es como los españoles en Suiza, los españoles en Suiza no eran ingenieros, los españoles en Suiza estaban de camareros, en la construcción, y en los empleos que no querían los suizos o los alemanes, y que estos. Entonces bueno va a haber respuesta de algún movimiento, va haber no sé qué, pero ideológicamente no va a haber una gran repercusión. Estamos en una época en que la gente se acostumbra ya a los dramas. Y que dramas hay muchos. Sabes, cuanto más es dramática la cosa, más desconectas con el drama. (Estudioso em Atenção Primária)

74. El quitar a los inmigrantes por ejemplo, a las personas que no contribuyen al sistema, el quitarle los servicios sanitarios esta fuera desde mi punto de vista, yo no soy abogada pero creo que esta fuera del marco. No sigue normativas de rango superior que dicen los políticos y los legisladores. Y esto es como el que escupe al cielo que termina cayéndole en la cara, no sé si te habrás enterado hace poquito tiempo en Baleares que hubo un problema con un inmigrante sub-sahariano, un chico joven de veintiocho años que ha muerto por una tuberculosis. La tuberculosis es una enfermedad fácil de diagnosticar, fácil de tratar y curable. Antes era el terror, hace muchos años, pero hoy en día es una enfermedad fácil de resolver. Este chico por problemas en el sistema no fue diagnosticado adecuadamente, también había, dicen "es que no fue al servicio sanitario cuando le mandaron" pero es que le cobraban dinero por tener... portar un servicio sanitario y no tenía dinero para pagarlo. Entonces ahí donde radica el problema de porque cuando se quita la gratuidad en la atención universal pues no es universal, se quita la universalidad. Entonces a este chico no se le diagnosticó, ha muerto con veintiocho años, como consecuencia de una tuberculosis, esto pasaba en la edad media, pero ahora no tendría porque pasar, con los avances que existen en la medicina, y ha constituido, esto es secundario, pero también es importante, un problema importante de salud pública, ha infectado, ha contagiado de tuberculosis a veinte y tantas personas. Por eso te digo que al que escupe al cielo le cae en la cara. El que intenta ahorrar dinero quitando una atención que tenía que ser un servicio solidario donde se de atención a todos los que estén por el simple hecho de residir en ese territorio eso no quita que bueno que no se despilfarre, que no se pongan las prótesis de caderas gratis a los que vienen de Inglaterra o de Alemania, teniendo recursos para poderlo hacer, eso ya es cosa distinta de la solidaridad no? Pues el

romper ese principio de la universalidad, trae consecuencias muy nefastas a nivel individual de las personas que sufren problemas de salud y que no son atendidas, esas desigualdades tan importantes por no tener dinero, y a nivel de salud pública porque las enfermedades transmisibles se transmiten porque no se controlan. Todo lo que queremos fuera del sistema no está controlado, eso supone un problema importante de salud pública. Es más importante la vida de la persona individual que la salud pública pero tampoco tenemos que dejarlo de lado. [...] Pero aun en el caso de que se extendieran a enfermedades transmisibles diagnosticadas el problema no es que se atiendan esas necesidades diagnosticadas sino que no se llegan antes, no se llegan ni a diagnosticar porque las personas están fuera del sistema, como ha pasado en ese caso, para que te hagan una radiografía tienes que pagar, el señor no tenía dinero, no pagó, no lo hicieron, no sé exactamente como fue, pero le mandaron ir en otro momento cuando le habían cobrado por la atención sanitaria y entonces pues no fue. Entonces ya no quedó, no hubo seguimiento de una enfermedad. Para mí me parece muy grave. Y este caso concretamente del que se ha hablado poco me parece gravísimo. En lo individual porque ha habido un hombre joven que ha muerto de una enfermedad curable y en la salud pública porque ha habido niños y otras personas de su entorno familiar que han sido contagiadas de una enfermedad importante. (Profissional de saúde)

75. Es algo tan lógico que no sé ni como se discute. Como puede alguien decir que una persona tiene más derecho que otra porque tenga papeles o no tenga papeles... todo mundo tiene que contribuir en la medida que pueda y el que no pueda contribuir con nada pues no contribuye con nada y cuando puede ya contribuirá pero la asistencia sanitaria tiene que estar garantizada absolutamente a todo el mundo. Que luego además hay que poner orden y tal por supuesto pero mientras una persona está enferma y te esté pidiendo ayuda tienes que

dársela. Luego ya veremos lo que hacemos con los papeles. Es que eso es una cosa, pues a mí me lo han enseñado así. Es que es así, es de ética, de moral, ética, yo que se [...] Lo que no puede ser es que a algunos inmigrantes sin papeles no se les atiende hasta que están medio muriéndose y se permita que unos jubilados alemanes vengan aquí a ponerse una prótesis de cadera porque sale mucho más barato y la misma ley permite una cosa y prohíbe la otra [...] quiero decir es que lo que no puede ser es que en lugar de, vamos a ver, si hay que arreglarlo todo, arreglémoslo todo. Pero no empecemos dando caña a quien menos lo merece. Hay muchas irregularidades, pero primero vamos a las más gordas, pero hay que garantizar que mientras tu arreglas una cosa se te puede estar muriendo un inmigrante sin papeles, eso no puede ser. A parte que esos inmigrantes sin papeles es que gastan poco, si es que, si no vienen. [...] Pues atenta contra tus propios principios, ... a ti te han enseñado, tú como médico te han enseñado que tienes que atender al que está enfermo y punto, y eso no se discute. Y ahora de repente te dicen que a este sí y a este no, pues eso no me entra. (Profissional de saúde)

76. Pues la equidad ahora mismo no existe. Es decir, sobre todo porque además has venido en una época donde se supone que antes sí que esa equidad se llevaba a todos los niveles, pero ahora como, todo mundo echamos la culpa a la crisis, pero hay un deterioro también no todo mundo es igual. Ahora mismo, vamos a ver, una consulta de urología te doy para diez meses tú revisión, pero si tú tienes dinero te vas a una privada. No es equitativo. Si tienes dinero te lo puedes pagar o una prueba diagnóstica que te damos para el dos mil quince, que aunque con la ley de garantías lo posibilitamos que la gente espere menos tiempo pero al haber menos profesionales y tal, al haber menos cuantías económicas pues todo se alarga más en el tiempo. (Profissional de saúde)

77. Pues la universalidad estoy de acuerdo con ese principio. Totalmente de acuerdo pero yo creo que el sistema sanitario español en este momento no es universal, es decir no lo es. Excluyendo en este momento, lo era, pero excluyendo en este momento a población que no tiene derecho a la cobertura sanitaria pues está dejando de ser, vamos este principio ya no lo cumple. Esa es mi opinión. [...] Yo creo que son cosas distintas, yo creo que la universalidad realmente, que el sistema sanitario sea accesible y sea accesible realmente tiene que tener sus instrumentos para filtrar y para filtrar realmente para evitar abusos y todo lo que tal, es decir, yo creo que un poco también ahora a veces surgen leyes que lo que pretenden es evitar algunos abusos que ha habido hasta ahora es decir pero con estas leyes que están surgiendo ahora para evitar estos abusos lo que se hace al mismo tiempo es cargarse esa posibilidad de que personas que necesitan la atención sanitaria y que no tienen recursos para acudir a la privada pueden acceder al sistema sanitario público. Entonces yo por universalidad entiendo que todo el mundo tenga acceso y derecho a la asistencia sanitaria. Si hay abusos o situaciones particulares que tal pues ya se corregirán o ya se pondrán los medios para que se haga lo que se tenga que hacer, pero que de alguna forma nunca puedan quedar excluidas personas que necesitan la atención sanitaria por el hecho de ser inmigrantes sin papeles o por haber venido en una patera o por tener otras historias que ahora mismo son los que no tienen ninguna posibilidad. (Profissional de saúde)

78. La equidad, pues bien, estoy de acuerdo, yo creo que pues es lo mismo no, creo que es un principio básico y que tiene que contemplarse en el sistema sanitario público. Entonces eso es lo que no creo que vaya a ocurrir si la gestión es privada. Es decir, no creo que ocurra lo mismo que está ocurriendo ahora. Es decir que evidentemente aquí puede venir cualquiera y va a ser tratado exactamente igual tenga

los recursos económicos que tenga y tenga la situación social que tenga y eso en la privada, pues por la gestión privada pues es más difícil que ocurra. Porque claro, si alguien no puede pagarse una cama en un hospital...o no puede pagarse los medicamentos, se supone un gasto porque es un toxicómano y no produce, en fin, a nosotros todas estas cosas nos generan siempre muchas dudas. [...] Sí, yo creo que hoy todavía sí, hombre no lo es tanto por lo de la exclusión de los inmigrantes, es decir que en ese aspecto ya hemos empezado por ahí, excluyendo a población marginal, y a población que no tiene otra red de apoyo social. Es decir, porque alguien que ha venido que no tiene nada, que tiene el documento caducado y que tiene muchas dificultades para volver a su país, pues si se pone enfermo es que hasta hace poco era atendido y a partir de ahora ya no es atendido es decir que aunque diga el decreto que es atendido en urgencias, pues se le atiende en urgencias pero esperemos que no sea un proceso largo porque ese decreto habla de que hasta que termine su proceso, será atendido en urgencias hasta que termine su proceso. Yo he visto casos de personas que se han roto una pierna se entiende que le tienen que seguir atendiendo en urgencias hasta que se recupere. Y que necesitará rehabilitación y esa es una recuperación del proceso. Pues estas personas ya no tienen derecho a la rehabilitación por ejemplo no. [...] Esto está ambiguo, esto es lo que tú me preguntabas antes, lo que tienen que hacer es aclararse y especificar exactamente a que llaman "hasta que termine el proceso" y que es "la atención por urgencias" si implica la gratuidad o no, y todo lo demás. Es decir, todos los casos que surgen a diario en la sanidad pública, pues sería para ir anotando uno por uno y decidiendo "en este caso, cuándo y cómo y hasta cuándo" y "este otro qué medicación sí y qué medicación no" y "en este otro dónde se acaba la atención que necesita por urgencias y cómo se apaña a partir de entonces, se le deja?" [...] Volviendo a insistir en el

decreto ese, mírate bien el texto cuando dice lo de la atención a urgencias ya verás como ahí no especifica más, es decir que tú misma al leer eso no sabes muy bien si estos casos de los que hablamos estarían atendidos o no. Finalmente los casos que yo creo que más podrían ser de escándalo público, los medios de comunicación son atendidos, siempre, porque además se entiende que tal y tocamos los palillos que hay que tocar en sanidad y en epidemiología y todo el mundo tiene la conciencia clara de que estos casos hay que atenderlos y se atienden y nadie pone ninguna objeción, pero nos vamos encontrando muchas veces con obstáculos y decidimos "bueno y ahora esto, y ahora no sé que" [...] yo diría que me he encontrado con más problemas con algún caso que yo mi experiencia en relación con diagnosticado de SIDA, que de tuberculosis. El tema de la tuberculosis la verdad es que no he visto ningún caso con algún problema [...] Descubriéramos casos de este tipo que no son atendidos, creo que hubo un chaval en una isla, la noticia esta que no hace mucho salió de Canarias, me parece que hubo problemas, tuberculosis, pues eso es algo que puede ocurrir en cualquier lugar, es decir, es porque va a la consulta, porque no tiene cobertura, porque igual se encuentra mal y no sé que, en fin, y al final, a lo mejor decide no volver a la consulta, o sea que, con esta legislación corremos esos riesgos. (Profissional de saúde)

Guion de Entrevista

1. Historia profesional personal;
2. La rutina de trabajo;
3. Relación con el equipo;
4. Relación con la comunidad asistida;
5. Caracterización de la comunidad asistida;
6. Aspectos positivos y negativos en el trabajo;
7. Cómo observa el principio de la integralidad en la práctica cotidiana;
8. Cómo observa el principio de la universalidad en la práctica cotidiana;
9. Cómo observa el principio de la equidad en la práctica cotidiana;
10. Demás consideraciones.

Modelo de consentimiento informado

Título del estudio: Los significados construidos de universalidad, integralidad y equidad: la percepción de los gestores y profesionales de la salud.

Investigadores implicados:

Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli. Universidade Estadual Paulista – Brasil

Elen Rose Lodeiro Castanheira. Universidade Estadual Paulista – Brasil

Cristina Francisco del Rey. Universidad de Alcalá

Centro: Centros de Salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara.

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad de Alcalá (UAH).

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotras le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además puede consultar con las personas que considere oportuno.

Participación voluntaria:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con la dirección del Centro y/o Área de Salud, ni con sus colegas.

¿Por qué se realiza el estudio?

Este proyecto de investigación constituye la segunda parte de una investigación iniciada en Brasil. Dadas las semejanzas entre el sistema brasileño y español, y habiendo analizado las percepciones que, sobre los principios de universalidad, integralidad y equidad, están presentes en el ejercicio de los profesionales brasileños, nos resulta de interés observar las similitudes y diferencias existentes con los profesionales españoles.

La atención Primaria en Brasil se encuentra actualmente en proceso de consolidación, mientras que en España tiene una evolución de cuatro décadas, el comparar las percepciones de los profesionales

sobre principios fundamentales que deben regir la atención a la salud, nos parece fundamental para poder identificar aspectos que pueden influir en el significado que para los profesionales españoles tienen sobre los principios mencionados, después de cuatro décadas de instauración y evolución de la Atención Primaria en España.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

El objetivo general consiste en analizar los sentidos construidos de los principios de universalidad, integralidad y equidad, a través de la percepción de los profesionales de salud y sus prácticas en servicios de atención primaria en Guadalajara - España.

¿Cómo se va realizar el estudio?

Con entrevistas en profundidad, a diferentes profesionales de los distintos grupos: Médicos, enfermeras, trabajadores sociales y gestores.

Las entrevistas se realizarán en el centro de trabajo, fijando una cita para su realización y estimando una duración de dos horas.

¿Qué beneficios puedo obtener por participar en el estudio?

Los beneficios directos que se pueden obtener por la participación en el estudio, son poco concretos y tangibles. Puede ser de interés para usted en la medida en que la entrevista le puede ayudar a reflexionar sobre su ejercicio profesional.

¿Qué riesgos y/o molestias puedo sufrir por participar en el estudio?

Su participación está exenta de riesgos.

¿Qué datos se van a recoger?

Se recogerán datos personales de categorización: Sexo, edad, profesión que ejerce, tiempo de ejercicio profesional en Atención Primaria.

Las entrevistas serán grabadas, para lo que se solicitará la conformidad expresa de la persona entrevistada.

¿Cómo se tratarán mis datos y cómo se preservará la confidencialidad?

Todos los datos se tratarán confidencialmente por las personas relacionadas con la investigación y obligadas por el secreto profesional. También podrían tener acceso las autoridades sanitarias y los miembros del Comité de Ética de Investigación Clínico que supervisa el estudio, si así lo solicitan. Estos controles se realizan para garantizar que se han respetado los derechos de las personas participantes en el estudio.

De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos, debe saber que usted tiene derecho a acceder a los datos que usted se guarden, también tiene derecho a oponerse a que se recojan todos o parte de los datos que se piden, a rectificarlos, a cambiarlos y a cancelarlos, sin tener que dar ninguna explicación.

En la discusión, dentro de la elaboración del trabajo, los discursos literales (*verbatim*) que se resalten aparecerán identificados con una letra, que se corresponderá con la inicial de su profesión y un número (por ejemplo M1 “.....”, el discurso seleccionado se corresponde con el manifestado con el entrevistado médico 1)

¿Me puedo retirar del estudio?

La participación en el estudio es totalmente voluntaria, así como la posibilidad de retirarse del mismo en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se altere la relación con los gestores y/o colegas del Centro en el que ejerce.

¿Quién supervisa el estudio?

El Comité de Ética de Investigación Clínica de la UAH, compuesto por personal sanitario y docente, ha evaluado el estudio, así como la presente hoja de información y el formulario del consentimiento informado que se le facilita, y ha dado su visto bueno al mismo.

¿Con quién puedo contar en caso de duda?

Las siguientes investigadoras de la UAH serán las responsables del trabajo y de informar y contestar a sus dudas y preguntas

Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli

Teléfono: 644 17 58 47

Correo electrónico: sakanesiro@gmail.com

Cristina Francisco del Rey

Teléfono. 91 885 51 18

Correo electrónico. Cristina.francisco@uah.es

Consentimiento informado

Título del estudio: Los significados construidos de universalidad, integralidad y equidad: la percepción de los gestores y profesionales de la salud.

Investigadores implicados:

Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli. Universidade Estadual Paulista – Brasil

Elen Rose Lodeiro Castanheira. Universidade Estadual Paulista – Brasil

Cristina Francisco del Rey. Universidad de Alcalá

Centro: Centros de Salud de Atención Primaria del Área de Salud de Guadalajara.

Yo, Doña:.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con la psicóloga doña Sabrina Sinabucro Kanesiro Bizelli.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que repercuta en mi ejercicio profesional.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la Hoja de Información.

Firma del profesional

Nombre:

Fecha:

Firma de la investigadora

Nombre:

Fecha: