



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Fleury, Sonia

Salud y democracia en Brasil. Valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud

Salud Colectiva, vol. 3, núm. 2, mayo-agosto, 2007, pp. 147-157

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73130204>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salud y Democracia en Brasil Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud ^(a)

Health and Democracy in Brazil. Public Value and Institutional Capital in the Unified Health System

Sonia Fleury¹

¹Lic. en Psicología,
Universidade Federal de
Minas Gerais. Doctora en
Ciencias Políticas, Instituto
Universitario de Pesquisas do
Río de Janeiro. Docente de
la Escuela Brasileña de
Administración Pública y de
Empresas (EBAPE) de la
Fundación Getulio Vargas.
sfleury@fgv.br

RESUMEN El proceso de la Reforma Sanitaria en Brasil fue parte de las luchas de la sociedad por instaurar un régimen y un Estado democráticos en el país, en el último cuarto del siglo XX. Bajo la consigna del derecho universal a la salud como inherente a la ciudadanía y como deber del Estado, se ha generado una profunda transformación de la política de salud. Esa transformación se hizo a través de tres procesos simultáneos, pero no siempre convergentes. Se trata de la constitucionalización, de la institucionalización y de la individualización. El proceso de constitucionalización es relativo a las normas y leyes que aseguran el marco legal actual que garantiza el derecho universal a la salud; el proceso de institucionalización trata de la creación de un nuevo modelo de pacto federativo, descentralizado y con participación de la sociedad en todos los niveles de la política, generando instancias de concertación y co-gestión; el proceso de individualización trata de la constitución de los sujetos y actores políticos en esa arena. El artículo hace un balance del SUS (Sistema Único de Salud), que ha sido considerado la política más original de la democracia brasileña, al evaluar los avances y contradicciones que se presentan en la dinámica diferencial de cada uno de los procesos, considerando las diferencias entre valor público y capital institucional público en el enfrentamiento de la pobreza y de la exclusión.

PALABRAS CLAVE Políticas; Descentralización; Derecho a la Salud; Democracia.

ABSTRACT *The health care system reform in Brazil was launched as part of the struggles for building a democratic regimen, in the last quarter of the XX century. Defending the universal right of health care as part of the citizenship status and the State duty to provide it, this social movement has been able to provoke a deep transformation in the health care policy. Three different and simultaneous processes were at the roots of the transformations although they not always were convergent. They are the processes of constitutionalization, institutionalization, and individualization. Constitutionalization means the norms and laws that assure a legal frame to the health care right; the institutionalization deals with the creation of a new pact for the federalism and a decentralized and participatory decision-making process, based in consensus building. Individualization requires the construction of political actors and a new political arena. This article analyzes the creation of the SUS (National Health Care System), considered as the most original policy in the Brazilian democracy and evaluates the progresses and contradictions among the mentioned processes regarding the public value of fighting poverty and social exclusion.*

KEY WORDS Health Policy; Decentralization; Right To Health; Democracy.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Las políticas sociales brasileñas se desarrollaron, desde inicios del siglo pasado, durante casi 80 años, configurando un tipo de patrón de protección social que solo fue alterado por la Constitución Federal de 1988. El sistema de protección social brasileño, hasta fines de la década del '80, combinó un modelo de seguro social en el área previsional, incluyendo la atención de la salud, con un modelo asistencial para la población sin vínculos laborales formales. Ambos sistemas fueron organizados y consolidados entre las décadas del '30 y '40, como parte de un proceso más general de construcción del Estado moderno, intervencionista y centralizador, con posterioridad a la Revolución de 1930. La construcción del Estado nacional es un proceso siempre inacabado, en el cual van siendo rediseñadas las relaciones de poder en la institucionalidad del aparato administrativo, sea tanto volcado hacia la implementación del proyecto económico, o como responsable de la reproducción de la fuerza de trabajo y de la incorporación de las demandas políticas de los grupos subalternos.

La opción por un determinado formato de política social, que se cristaliza en la combinación de modelos distintos para diferentes segmentos de los trabajadores, indica el lugar que cada uno de ellos ocupa en una determinada correlación de fuerzas, más allá de las tendencias internacionalmente preponderantes.

Los diferentes modelos de protección social pueden ser resumidos de la siguiente manera (1,2):

→ En el *modelo asistencial* las acciones, de carácter emergencial, están dirigidas a los grupos de pobres más vulnerables, se inspiran en una perspectiva caritativa y reeducadora, se organizan en base a la asociación entre trabajo voluntario y políticas públicas, se estructuran de forma pulverizada y discontinua, generando organizaciones y programas muchas veces superpuestos. Aunque permitan el acceso a ciertos bienes y servicios, no configuran una relación de derecho social, tratándose de medidas compensatorias que terminan por ser

estigmatizantes. Por ello, denomino a esta relación como de *ciudadanía invertida*, en la cual el individuo tiene que probar que fracasó en el mercado para ser objeto de la protección social.

→ En el *modelo de seguro social*, la protección social de los grupos ocupacionales establece una relación de derecho contractual, en la cual los beneficios están condicionados a las contribuciones pretéritas y a la afiliación de los individuos a tales categorías ocupacionales, las cuales son autorizadas a operar un seguro. La organización altamente fragmentada de los seguros expresa la concepción de los beneficios como privilegios diferenciados de cada categoría, como resultado de su capacidad de presión sobre el gobierno. Como los derechos sociales están condicionados a la inserción de los individuos en la estructura productiva, Wanderley G. dos Santos (3) denominó la relación como de *ciudadanía regulada* por la condición de trabajo.

En el período de la democracia populista (1946-1963) la expansión del sistema de seguro social va a formar parte del juego político de intercambio de beneficios por legitimación de los gobernantes, beneficiando de forma diferencial a los grupos de trabajadores con mayor poder de presión. Fenómeno este que se conoció como masificación de privilegios e implicó la profundización de la crisis financiera y de administración del sistema previsional.

La inflexión que sufrirán los sistemas y mecanismos de protección social a partir de la instauración del régimen burocrático-autoritario en 1964 obedeció a cuatro líneas fundamentales: la centralización y concentración del poder en manos de la tecnocracia, con la retirada de los trabajadores del juego político y de la administración de las políticas sociales; el aumento de cobertura incorporando, precariamente, a grupos anteriormente excluidos, las empleadas domésticas, los trabajadores rurales y los autónomos; la creación de fondos y contribuciones sociales como mecanismo de autofinanciamiento de los programas; la privatización de los servicios sociales (en especial los sociales, como la educación universitaria y secundaria y la atención hospitalaria).

A mediados de la década del '70, la lucha por la democratización de las políticas

adquiere nuevas características y estrategias. Antes confinada a las universidades, a los partidos clandestinos y a los movimientos sociales, pasa a concentrarse cada vez más en el interior del propio Estado. En primer lugar, a partir de las experiencias innovadoras desarrolladas por los municipios opositores electos en 1974; en segundo lugar, en el interior de los órganos centrales, responsables de las políticas sociales, buscando aprovechar la crisis financiera y del modelo de las políticas sociales para introducir elementos de transformación; en tercer lugar, por el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los partidos políticos y del Parlamento, que pasan a tomar la problemática social como parte de sus plataformas y proyectos de construcción de una sociedad democrática.

El rescate de la deuda social pasa a ser un tema central de la agenda de la democracia, agrupando a movimientos de diversa naturaleza. Este proceso se intensifica en la década del '80 a través del surgimiento de un rico tejido social emergente a partir de la aglutinación del nuevo sindicalismo y de los movimientos reivindicativos urbanos, de la construcción de un frente partidario de oposición, y de la organización de movimientos sectoriales capaces de formular proyectos de reorganización institucional, como el Movimiento Sanitario.

Toda esta efervescencia democrática fue canalizada por los trabajos de la Asamblea Nacional Constituyente, que se iniciaron en 1987. En gran medida, la construcción de un orden institucional democrático suponía un reordenamiento de las políticas sociales que respondiese a las demandas de la sociedad por mayor inclusión social y equidad. Proyectada para el sistema de políticas sociales como un todo, tal demanda por inclusión y reducción de las desigualdades adquirió las concretas connexiones de afirmación de los derechos sociales como parte de la ciudadanía.

La Constitución Federal de 1988 representa una profunda transformación en el patrón de protección social brasileño, consolidando, en la Constitución, las presiones que ya se hacían sentir hace más de una década. Se inaugura un nuevo período, en el cual el modelo de la seguridad social pasa a estructurar la organización y formato de la protección social brasileña, en

busca de la universalización de la ciudadanía. En el *modelo de seguridad social* se busca romper con las nociones de cobertura restricta a los sectores insertos en el mercado formal y suavizar los vínculos entre contribuciones y beneficios, generando mecanismos más solidarios y redistributivos. Los beneficios pasan a ser concedidos a partir de las necesidades, con fundamentos en los principios de justicia social, lo que obliga a extender universalmente la cobertura e integrar las estructuras gubernamentales.

La Constitución de 1988 avanzó en relación a las formulaciones legales anteriores, al garantizar un conjunto de derechos sociales, expresados en el Capítulo del Orden Social, innovando, al consagrar el modelo de Seguridad Social como "un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los Poderes Públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relativos a la salud, a la previsión y a la asistencia social" (4). La inclusión de la previsión social, de la salud y de la asistencia como partes de la seguridad social, introduce la noción de *derechos sociales universales como parte de la condición de ciudadanía*, siendo que antes estaban restringidos a la población beneficiaria de la previsión.

El nuevo patrón constitucional de la política social se caracteriza por la *universalidad* de la cobertura, el reconocimiento de los *derechos sociales*, la reafirmación del *deber del Estado*, la subordinación de las prácticas privadas a la regulación en función de la *relevancia pública de las acciones y servicios* en estas áreas, una perspectiva *publicista* de co-gestión gobierno/sociedad, un acuerdo organizacional descentralizado.

La originalidad de la Seguridad Social brasileña está dada por un fuerte componente de reforma del Estado, al rediseñar las relaciones entre los entes federativos y al instituir formas concretas de participación y control sociales, con mecanismos de articulación y concertación entre los tres niveles de gobierno. La organización de los sistemas de protección social debería adoptar el formato de una red descentralizada, integrada, con un comando político único y un fondo de financiamiento en cada esfera gubernamental, regionalizada y jerarquizada, con instancias deliberativas que garanticen la participación paritaria de la sociedad organizada, en cada esfera gubernamental.

2. LA REFORMA SANITARIA

La Reforma Sanitaria en Brasil es conocida como el proyecto y la trayectoria de constitución y reformulación de un campo de saber, una estrategia política y un proceso de transformación institucional. Al surgir como parte de la lucha por la democracia, la reforma sanitaria ya supera las tres décadas, alcanzando la garantía constitucional del derecho universal a la salud y la construcción institucional del Sistema Único de Salud (SUS).

La construcción del proyecto de la reforma sanitaria se fundó en la noción de crisis: crisis del conocimiento y de la práctica médica, crisis del autoritarismo, crisis del estado sanitario de la población, crisis del sistema de prestación de servicios de salud (5).

La constitución de la Salud Colectiva, como campo del saber y espacio de la práctica social, fue demarcada por la construcción de una problemática teórica fundada en las relaciones de determinación de la salud, a través de la estructura social, teniendo como concepto articulador entre teoría y práctica social, la organización de la práctica médica, capaz de orientar el análisis coyuntural y la definición de las estrategias sectoriales de lucha.

Partiendo del análisis de los procesos de trabajo y del concepto clave de organización social de la práctica médica, tal movimiento opera una lectura socializante de la problemática evidenciada por la crisis de la medicina mercantilizada como también de su inefficiencia, en cuanto a la posibilidad de organización de un sistema de salud capaz de responder a las demandas predominantes, organizado de forma democrática en su gestión y administrado en base a la racionalidad de la planificación (5, p.196).

Las derivaciones de esta construcción teórico-política apuntan en dirección de la centralidad que pasaría a tener la actuación junto al Estado, como campo privilegiado de intervención y desarrollo de las luchas políticas. Sin embargo, esta misma concepción puede ser responsable de la estructuración de un movimiento social –el movimiento sanitario– que se organiza desde diferentes lugares, tales como la Universidad, los sindicatos de profesionales de

salud, los movimientos populares, el Congreso Nacional, en torno de una propuesta común.

La salud pasa a ser vista como un objeto concreto y complejo, síntesis de múltiples determinaciones, cuya definición según Arouca (7) comprende:

- un campo de necesidades generadas por el fenómeno salud/enfermedad;
- la producción de los servicios de salud con su base técnico-material, sus agentes e instituciones organizadas para satisfacer necesidades;
- ser un espacio específico de circulación de mercancías y de su producción (empresas, equipamientos y medicamentos);
- ser un espacio de densidad ideológica;
- ser un espacio de hegemonía de clase, a través de las políticas sociales que tienen que ver con la producción social;
- poseer una potencia tecnológica específica que permita solucionar problemas tanto a nivel individual como colectivo.

La cuestión política que se plantea a partir de este análisis teórico, se vincula con las condiciones necesarias para el proceso de politización y democratización de la salud. La relación entre democracia y salud es propuesta por Berlinguer (7) al postular que ambos son conceptos abstractos, y, más aún, orientaciones ético-normativas. Si bien es necesario reconocer los conflictos de intereses y la oposición entre las fuerzas conservadoras y las reformadoras, tanto en el caso de la democracia como en el de la salud, tales conflictos no pueden ser reducidos a una polarización clasista. Por otro lado, desde el punto de vista estratégico, la lucha por la universalización de la salud aparece como una parte intrínseca de la lucha por la democracia, así como la institucionalización de la democracia surge como condición para garantizar la salud como derecho de ciudadanía (8).

La estrategia expansionista de una hegemonía en formación, se consustancia en la salud a través de los proyectos de la Reforma Sanitaria, por medio de los cuales se busca la concretización de:

- el reconocimiento político e institucional del Movimiento Sanitario como sujeto y dirigente del proceso reformador;

- la ampliación de la conciencia sanitaria, de manera de posibilitar el consenso activo de los ciudadanos (usuarios y profesionales) en relación con el proceso transformador en el sector, como también la naturaleza social de las determinaciones que inciden sobre el proceso salud/enfermedad y sobre la organización del cuidado médico;
- el rescate de la salud como un bien de carácter público, aunque contradictoriamente limitado por los intereses generados por la acumulación de capital. Por consiguiente, se trata de expresar el carácter de bien público de la salud consustanciado en la definición de una norma legal y del aparato institucional que apuntan a la garantía de su universalización y equidad (9, p.31).

Los fundamentos teóricos que permiten la construcción de la estrategia política de la Reforma Sanitaria se basaron en el concepto de Gramsci del Estado integral, que abarca tanto al Estado como sociedad política, núcleo político administrativo y coercitivo, como también al Estado ampliado en la lucha por la hegemonía, lo que envuelve la disputa por significados y la construcción de valores consensuales en la sociedad civil. La comprensión del Estado integral presupone la lucha por el poder como una transformación molecular y procesual, la guerra de posiciones, que, sin ignorar los conflictos y la disputa por la dominación, busca avanzar en la construcción de la hegemonía, o dirección intelectual y moral (10,11). Más que una disputa que se da en el plano moral y cultural, la construcción de hegemonía opera a través de una disputa institucional, tanto en la sociedad civil como en el seno del aparato material del Estado, donde se cristalizan las relaciones de poder, visto como una arena estratégica de enfrentamiento de proyectos en conflicto, según la concepción de Poulantzas (12). En este sentido, el dominio de los instrumentos de gestión y la creación de nuevas formas de gestión que permitan la innovación y la alteración de poder en el seno del aparato administrativo estatal se tornan estratégicos.

Para comprender el proceso de la Reforma Sanitaria fueron levantadas las siguientes hipótesis explicativas (13):

- La adopción de una concepción ampliada de salud, como resultante de las formas de organización social de la producción pero también como fruto de las luchas populares cotidianas, ambas actuando en la conformación de su concretización histórica y singular.
- La democracia es el proceso de reconocimiento de los trabajadores como sujetos políticos a partir de sus luchas, en un proceso mutuo de auto y heteroreconocimiento de identidades sociopolíticas entre diferentes sujetos.
- La incorporación de las demandas sanitarias a través de un conjunto de dispositivos legales e institucionales, configurando distintas ciudadanías es, al mismo tiempo, una resultante de la correlación de fuerzas existentes y un elemento activo en la conformación de identidades políticas y sociales.
- Las Reformas Sanitarias casi siempre surgen en un contexto de democratización y están asociadas a la constitución de las clases populares como sujetos políticos, generalmente en una alianza con sectores de la clase media.
- Son elementos de este proceso reformador: la generalización de la conciencia sanitaria; la construcción de un paradigma analítico fundado en la determinación social de la salud y de la organización de las prácticas; el desarrollo de una nueva ética profesional; la construcción de un arco de alianzas políticas en torno a la defensa del derecho a la salud; la creación de instrumentos de gestión democrática y control social del sistema de salud.
- El carácter político de la Reforma Sanitaria será dado por la naturaleza de la transición democrática experimentada en cada contexto nacional, sean transiciones pautadas o transiciones por el colapso del autoritarismo.
- El formato y el contenido político de la reforma provendrá de la confluencia de por lo menos algunos factores tales como: el carácter político-ideológico de la coalición que impulsa el proceso de democratización y sus embates con la coalición conservadora; la articulación del proceso de la Reforma Sanitaria con las estrategias de transición a la democracia; el "timing" de la Reforma en relación al proceso de democratización; la capacidad de alterar la cultura política predominante en dirección a la universalización de

los derechos y la garantía de prácticas administrativas participativas.

- La sustentabilidad del proceso de reforma dependerá de la capacidad de promover cambios efectivos a nivel del control institucional, de la calidad de los servicios y de la eficacia de las acciones y servicios, lo que garantizará la preservación del apoyo social a la reforma.
- La sustentabilidad del proceso reformador dependerá de la reducción de las restricciones financieras y de orden político a la construcción de un sistema amplio de protección social; de la capacidad de negociar los conflictos generados por el propio proceso reformador; de la permeabilidad a los cambios de la burocracia y de los profesionales de salud.
- Las perspectivas de la Reforma Sanitaria derivan de la capacidad presentada por la coalición reformadora de producir cambios efectivos y en el momento justo, sobre las estructuras institucionales de manera de evitar que el Estado filtre los aspectos racionalizadores de la propuesta y mine su base política.

En síntesis, la Reforma Sanitaria brasileña tomó como punto de partida el carácter dual de la salud, entendido como la posibilidad de ser considerada, al mismo tiempo, como valor universal y núcleo subversivo de la estructura social. Como valor universal, se transforma en un campo especialmente privilegiado para la construcción de alianzas suprapartidarias y polilascistas. Como núcleo permanentemente subversivo de la estructura social, indica una posibilidad siempre inacabada de un proceso de construcción social de una utopía democrática.

3. REFORMA SANITARIA Y SISTEMA ÚNICO DE SALUD: DILEMAS ENTRE LO INSTITUYENTE Y LO INSTITUIDO

El movimiento que impulsó la Reforma Sanitaria brasileña se planteó como proyecto la construcción contra-hegemónica de una nueva plataforma civilizatoria, lo que implica un profundo cambio cultural, político e institucional capaz de viabilizar la salud como un bien público.

Los principios que orientaron este proceso fueron:

- un principio ético-normativo que inserta a la salud como parte de los derechos humanos;
- un principio científico que comprende la determinación social del proceso salud-enfermedad;
- un principio político que asume la salud como derecho universal inherente a la ciudadanía en una sociedad democrática;
- un principio sanitario que entiende la protección a la salud de forma integral, desde la promoción pasando por la acción curativa hasta la rehabilitación.

Sin embargo, la construcción del Sistema Único de Salud, aprobado en la Constitución Federal de 1988, tuvo lugar en un contexto donde la disputa ideológica favoreció ampliamente el proyecto neoliberal, reorganizando las relaciones entre Estado y sociedad en bases distintas de aquellas preconcebidas por los formuladores del SUS.

Fueron retomadas las orientaciones liberales que pugnaban por una fuerte reducción de la presencia del Estado, tanto en la economía como en las políticas sociales. Para ello, se utilizaron instrumentos como la privatización de las empresas estatales y aún de los servicios sociales, la reducción del valor de los beneficios sociales junto al aumento de las dificultades para alcanzarlos, la introducción de mecanismos de la economía de mercado como la competencia gerenciada en la organización de los servicios sociales, la reducción del papel de proveedor del Estado con la transferencia de esta competencia a las organizaciones civiles lucrativas o no.

Con relación al aparato estatal, existió además un desmantelamiento de las carreras profesionales y de los núcleos productores de conocimiento y estrategias vinculados al proyecto de desarrollo nacional, por considerarlos comprometidos con la lógica tanto populista como intervencionista del modelo económico anterior, visto como responsable por la crisis fiscal del Estado.

El predominio de la lógica de acumulación de capital financiero tuvo como consecuencia para las economías endeudadas de los países menos desarrollados, su inserción como

exportadores líquidos de capital a través del pago de los intereses sobre la deuda pública. La política pública pasa a tener como objetivo central la estabilización monetaria, aún cuando esto implicó el abandono del crecimiento económico como consecuencia de una política de intereses que promovió una absurda transferencia de recursos desde el área productiva hacia el Estado, por medio del aumento de la carga tributaria y desde el Estado hacia el capital financiero, a través del pago de intereses sobre la deuda y títulos públicos.

Cultural y socialmente hubo una transformación que acentuó valores como el individualismo y el consumismo, con las élites y sectores de las altas capas medias orientadas cada vez más hacia un patrón norteamericano de sociedad de consumo, en detrimento de valores como la solidaridad, la igualdad y la participación cívica. El divorcio entre una clase media alienada de la realidad nacional y la población marginalizada de la globalización, se refleja en la salud, con la existencia de un sistema de seguros privados y un sistema público para los más pobres, pero al cual los asegurados recurren en varias oportunidades.

El desmembramiento del tejido social que comenzó a aflorar en décadas anteriores, con la fuerte presencia de los movimientos sociales y la negación de las expectativas solidificadas en la transición a la democracia van a tener como consecuencias la ausencia de mecanismos de integración social, tanto a través de un mercado de trabajo que cada vez es más informal, como por políticas de protección social que no alcanzan a combatir la exclusión y la desigualdad, que marginalizan a sectores poblacionales en situación de comprometida peligrosidad y vulnerabilidad cada vez mayor en las grandes ciudades. El aumento y la banalización de la violencia pasan a ser el cotidiano de las grandes ciudades, revelando, paradojalmente, la incapacidad de la democracia electoral de generar mecanismos de cohesión social.

En el área de políticas sociales se substituye el modelo corporativo, de acceso limitado y fragmentado de sectores ocupacionales, por un nuevo modelo que se basa en la individualización del riesgo. Para aquellos que pueden pagar sus riesgos sociales hay una explosión de la oferta de seguros sociales en áreas como la salud y

las jubilaciones. Esta expansión del mercado ocurre con la anuencia y promoción del Estado por medio de subsidios y renuncias fiscales, como también por la ausencia de una reglamentación efectiva que pueda contener los abusos y atropellos a los derechos de los consumidores. Solo cuando este mercado esté fortalecido, será promovida su reglamentación, aún reciente y precaria, permitiendo que los portadores de seguros sean también usuarios del SUS, que termina funcionando como un tipo de reaseguro para algunos tratamientos.

Para la población más pobre el principio de la individualización de los riesgos se concretizará en programas de protección focalizados, cuyos beneficios en cuanto a servicios o transferencias de ingresos, implican requerimientos de comprobación de necesidad y el cumplimiento de ciertas condiciones impuestas a los beneficiarios. De esta forma, la política social pasa a funcionar como un mecanismo simultáneo de promoción y control social, desvinculada de la condición de ejercicio de un derecho social.

En la lucha ideológica por la construcción de la salud como un valor público hay un retroceso importante, en el cual la salud pasa a ser vista como un bien de consumo, y más aún, como un modelo de consumo caracterizado por la ausencia del dolor y del sufrimiento, la búsqueda inagotable del placer y de la construcción en el propio cuerpo de un patrón estético de belleza a ser alcanzado por medio de sucesivas intervenciones (desde los tatuajes a la cirugías plásticas, pasando por las vitaminas y anabólicos).

Nuevamente, se trata de un modelo social que prescinde de lazos sociales, donde el otro se torna objeto y no es un sujeto que deba ser más que tolerado, reconocido como igual, aunque diverso, en un proceso de comunicación en la esfera pública.

Este contexto, en el cual el movimiento de la Reforma Sanitaria construye su institucionalidad, es por lo tanto altamente desfavorable y está lleno de dilemas y contradicciones a ser enfrentados.

La construcción y materialización del proyecto de la Reforma se da a través de tres procesos que, aunque simultáneos, tienen tiempos distintos, y tales contratiempos generan nuevas tensiones y algunas complementariedades. Ellos

son los procesos de subjetivación, de constitucionalización y de institucionalización.

La subjetivación se relaciona con la construcción de sujetos políticos, la constitucionalización con la garantía de los derechos sociales y la institucionalización se vincula al aparato institucional –incluyendo los saberes y prácticas– que implementan la política de salud.

Touraine (14, p.23) entiende "por sujeto la construcción del individuo (o grupo) como actor, a través de la asociación de su libertad afirmada con su experiencia de vida asumida y reinterpretada. El sujeto es el esfuerzo de transformación de una situación vivida en acción libre; introduce la libertad en lo que aparece, en primer lugar, como determinantes sociales y herencia cultural". Así mismo afirma que "un individuo es un sujeto si, en sus conductas, consigue asociar el deseo de *libertad* con la pertenencia a una cultura y el apelo a la *razón*; por lo tanto, con un principio de individualidad, un principio de particularismo y un principio universalista" (13, p.28).

En este sentido, la primera etapa de lucha por la democracia fue también aquella donde predominó la construcción de sujetos políticos capaces de formular y conducir el proceso de la Reforma Sanitaria. Si en esta etapa los actores políticos asumen un carácter de movimiento social –el movimiento sanitario en sus diferentes expresiones– a medida que comienza a producirse la institucionalización y la constitucionalización, surgen nuevos sujetos en la escena política que pasan a ser predominantes.

En otras palabras, el éxito de la Reforma como fruto de las luchas de este actor político, el movimiento sanitario, va a generar, contradictoriamente la superación de este carácter de movimiento proveniente de la sociedad civil como crítica al Estado, en dirección a los actores políticos que son parte de la institucionalidad estatal, tales como los secretarios de salud de los municipios y de los estados, los promotores públicos, la burocracia reformadora.

Si la hipertrofia de la subjetivación puede representar una tendencia tanto a la individualización anómica como al "basismo", la hipertrofia de la constitucionalización tiene como consecuencia la judicialización de la política, y la hipertrofia de la institucionalización implica la burocratización de los procesos sociales.

En una etapa intermedia de la reforma hubo una creciente normalización del proceso de descentralización, con un enmarañado de normas operacionales y mecanismos de traspaso de recursos financieros que terminaron por asegurar a la burocracia central la preservación del poder, aunque esto haya implicado la pérdida del fervor político.

Sin embargo, el fortalecimiento de los actores políticos institucionales, como los secretarios de salud, produjo tensiones cada vez mayores en el ejercicio del poder compartido, acarreando conflictos que fueron trabajados a partir de las esferas de concertación que habían sido institucionalizadas, generando el Pacto de la Salud que incluye los importantes Pacto por la Vida y el Pacto de Gestión (15).

Pero la distribución desigual de recursos y de poder entre los actores, tiende a favorecer siempre a los grupos de gestores y a los grupos corporativos, impidiendo que los ideales de la Reforma se concreticen y garanticen la centralidad del usuario ciudadano.

Este es el mayor desafío de la etapa actual de la Reforma, que implica no sólo la garantía del acceso de los usuarios sino la reorientación de las lógicas burocrática y profesional, que actualmente organizan el sistema, en dirección a otra lógica que, al ubicar al usuario en el centro del sistema de salud, garantiza sus derechos desde la humanización de la atención hasta la eficacia y resolutividad del cuidado.

Finalmente, lo que caracteriza además esta etapa actual de implementación del SUS es la presencia marcante de los actores jurídicos, como también el desarrollo de una rama del derecho que se conoce como derecho sanitario. Esta es una consecuencia de la constitucionalización del derecho a la salud. Sin embargo, como la justicia tiende a entender el derecho a la salud como un derecho individual y no como derecho colectivo, actúa en función de aquellos pacientes que, por poseer mayor información y mayores recursos, son capaces de accionarla cuando tienen sus derechos negados. Pero, al atender estas demandas individuales la justicia impide la planificación de acciones de salud y muchas veces canaliza los escasos recursos en procedimientos individuales en detrimento de acciones colectivas.

En este sentido, es preciso retomar la perspectiva de difusión de la conciencia sanitaria, como conciencia política del derecho a la salud, ya que está probado que no se crea igualdad por decreto, solamente por medio de la ley.

Con relación a la institucionalidad, el SUS efectivizó una reforma democrática del Estado que, aún habiendo enfrentado todas las presiones de los gobiernos que adoptaron un modelo de reforma distinto, que presuponía el vaciamiento de la función estatal de proveedor, consiguió no solo mantenerse, sino servir de modelo para la reorganización de sistemas de gestión compartida con otras áreas (como la asistencia social y la seguridad pública).

El modelo de reforma del Estado inmerso en la institucionalización del SUS fue sustentable tanto por haber conseguido mantener una coalición reformadora orgánica y actuante, como por hacer avanzar el proceso basándose en la legislación existente, o sea, en lo que se conoce como "el desafío de hacer cumplir la ley". En este sentido, subjetivación, institucionalización y constitucionalización funcionaron de manera sinérgica y complementaria.

El SUS puede ser visto como un modelo de republicanismo cívico por su capacidad, junto a otros esfuerzos, de permitir el fortalecimiento de las instituciones republicanas, tanto del Poder Legislativo con la actuación cada vez más calificada de la Comisión de Seguridad Social y de la Familia y por la acción suprapartidaria del Frente Parlamentario de la Salud; como en la Justicia, al desarrollar el derecho sanitario y la acción y organización de los procuradores públicos que actúan en la salud (a través de AMPASA), como también en el Poder Ejecutivo al introducir un modelo de co-gestión y de redes de políticas.

El SUS reorganizó el Poder Ejecutivo a través de los siguientes instrumentos y procesos:

→ Mecanismos de participación y control social representados por los Consejos de Salud, existentes en cada una de las esferas gubernamentales, con representación paritaria del 50% de miembros del Estado y 50% de miembros de la sociedad civil. Los Consejos, más que instrumentos de control social, externos al aparato de Estado, deben ser entendidos como "componentes del aparato estatal, donde funcionan

como engranajes institucionales con vigencia y efectos sobre los sistemas de filtros, capaces de realizar alteraciones en los patrones de selectividad de las demandas" (16, p. 99).

→ Mecanismos de formación de la voluntad política, las Conferencias de Salud, realizadas periódicamente, en todos los niveles del sistema, que, en una interacción comunicativa y deliberativa, coloca a todos los actores sociales en interacción en una esfera pública y comunicacional, periódicamente convocada. Más allá de mecanismos de aprendizaje y reconocimiento social, esta instancia fortalece a la sociedad organizada que participa del proceso de construcción de los lineamientos políticos más amplios del sistema, aunque sin un carácter vinculativo.

→ Mecanismo de gestión compartida, negociación y concertación entre los entes gubernamentales involucrados en un sistema descentralizado de salud. La suposición de intereses distintos y de cámaras institucionales de negociación de estas diferencias y de generación de pactos de gestión es una de las grandes innovaciones de este modelo federativo innovador que asume la diferenciación como realidad y la igualdad como principio político y meta institucional.

Un federalismo diferenciado por las desigualdades sociales y regionales existentes en la sociedad brasileña, pero igualado por la creación de mecanismos de descentralización, concertación y participación que generan nuevas capacidades y poderes locales.

La creación del SUS y su revisión periódica de forma de enfrentar las diferencias internas y las amenazas constantes representadas por la ausencia de recursos financieros necesarios y por la creciente presencia del mercado de seguros, han sido un desafío constante. Si bien se puede decir que se ha alcanzado el objetivo de construir un valor público, de tal forma que la política de salud sea hoy más una cuestión de Estado que de gobiernos, lo cierto es que la incapacidad de transformar las prácticas cotidianas que descalifican al usuario y lo destituyen de los derechos humanos a la atención digna y cuidado eficaz, siguen siendo un desafío para la democratización de la salud.

La incapacidad de implantar un modelo integral de atención a la salud, de revertir el predominio del modelo curativo hacia un modelo preventivo, la incapacidad de que las mejoras en la gestión del sistema, generen las correspondientes mejoras en la gestión de las unidades, la falta de una renovación ética en los profesionales del sistema de salud, la dependencia de insumos y medicamentos cuyos precios y condiciones de

producción por grandes empresas multinacionales escapan al control de los estados nacionales, y muchos otros más, son desafíos actuales de la Reforma Sanitaria.

La subversión ahora es poder pensar que la democratización de la salud es una utopía para la cual tenemos hoy, más que nunca, condiciones de transformar en realidad.

NOTAS FINALES

a. Este artículo está basado en la conferencia presentada en el XI Congreso Internacional del CLAD sobre La Reforma del Estado y de la Administración Pública realizado en la Ciudad de Guatemala, del 7 al 10 de noviembre de 2006. Título del panel: Valor Público y Capital Institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fleury S. Estados sem cidadãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994.
2. Fleury S. Estados sin ciudadanos. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
3. Santos W. Cidadania e Justiça. Rio de Janeiro: Editora Campus; 1979.
4. Constituição de la República Federativa do Brasil. CF-1988. Título VIII, Capítulo II, Seção I, art. 194. [Texto promulgado el 5 de octubre de 1988].
5. Fleury S. A Reforma Sanitária Brasileira. En: Berlinguer G, Fleury Teixeira S, Campos G. Reforma Sanitária: Itália e Brasil. São Paulo: Hucitec-CEBES; 1988.

6. Arouca S. Salud en la transición. Procedente del II Seminario Latinoamericano de Medicina Social; septiembre de 1982; Managua, Nicaragua.
7. Berlinguer G. Democracia y Salud. Procedente del IV Congreso Latinoamericano y V Congreso Mundial de Medicina Social; 1987; Medellín, Colombia.
8. Fleury S. A questão democrática na saúde. En: Fleury S. Saúde e Democracia: a luta do CEBES. San Pablo: Lemos Editorial; 1997.
9. Fleury S. Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social. Río de Janeiro: Relume Dumará; 1992.
10. Buci-Glucksman Ch. Gramsci e o Estado. San Pablo: Paz e Terra; 1980.
11. Coutinho CN. A Dualidade de Poderes. San Pablo: Editora Brasiliense; 1984.
12. Poulantzas N. O Estado, o Poder e o Socialismo. Río de Janeiro: Graal Editora; 1977
13. Fleury S. La Reforma Sanitaria: En busca de una teoría. Jalisco: Universidad de Guadalajara; 1990.
14. Touraine A. O que é a Democracia? Río de Janeiro: Editora Vozes; 1996.
15. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasilia: Ministério da Saúde; 2006.
16. Carvalho AI. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a Reforma Sanitária como reforma do Estado. En: Fleury S. Saúde e Democracia: A luta do CEBES. San Pablo: Lemos Editorial; 1997.

FORMA DE CITAR

Fleury S. Salud y Democracia en Brasil: Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud . Salud Colectiva. 2007;3(2):147-157.

Recibido el 19 de abril de 2007

Versión final presentada el 28 de mayo de 2007

Aprobado el 22 de junio de 2007