



# Democratização e Novas Formas de Sociabilidade em Saúde no Contexto Latino-Americano

Organização

**Alda Lacerda**

**Felipe Machado**

**Francini Guizardi**



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO



Ministério da Saúde

PROCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Editora  
Universitária  UFPE

## **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

### **Presidente**

Paulo Gadelha

## **ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO**

### **Diretor**

Paulo César de Castro Ribeiro

### **Vice-diretora de Ensino e Informação**

Páulea Zaquini Monteiro Lima

### **Vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**

Marcela Pronko

### **Vice-diretor de Gestão e Desenvolvimento Institucional**

José Orbílio de Souza Abreu

## **Conselho de Política**

### **Editorial da EPSJV**

Marcela Pronko (Coordenação Executiva)

Bianca Cortes

Carla Martins

Cláudio Gomes

Filipina Chinelli

Grasiele Nespoli

José dos Santos Souza

José Roberto Franco Reis

Márcia Valeria Morosini

Márcio Rolo

Maria Inês Bravo

Selma Majerowicz

Paulo Guanaes

Ramón Peña Castro

# Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano

Alda Lacerda  
Felipe Machado  
Francini Guizardi  
Organizadores



Rio de Janeiro • Recife  
2013

Copyright © 2013 dos organizadores  
Todos os direitos desta edição reservados à  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz  
e à Editora Universitária - UFPE

**Capa**

Zé Luiz Fonseca

**Projeto gráfico e diagramação**

Marcelo Paixão

**Tradução**

Zoraida Fernandez

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

L131d Lacerda, Alda (org.)

Democratização e novas formas de sociabilidades em saúde no contexto latino-americano / Organização de Alda Lacerda, Felipe Machado e Francine Guizardi. - Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária - UFPE, 2013.

232 p. : il.

I. Política Públicas de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Direito da Saúde. 5. Educação. 6. Trabalho 7. Saúde I. Machado, Felipe II. Guizardi, Francine. III. Título.

CDD 362.10425

ISBN: 978-85-98768-71-7 – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ISBN: 978-85-415-0280-1 – Editora Universitária - UFPE

# Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) e a todos que contribuíram para a realização da JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE, sob o tema “Democratização e Novas Formas de Sociabilidades em Saúde no Contexto Latino-Americano”, que ocorreu na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, nos dias 25 e 26 de abril de 2013.

Lembramos a importância da realização da JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE, preparatória para o XXIX Congresso da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS) em 2013, na Fiocruz, por tudo o que a instituição representa em termos de reflexão sobre saúde, e, mais especificamente, na sede da EPSJV, unidade que articula a formação de trabalhadores de saúde do SUS à práxis acadêmica e incorpora as temáticas sobre democratização e nova formas de sociabilidade como relevantes ao seu objeto de trabalho.

Assim, agradecemos à direção da EPSJV, que viabilizou a realização da JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE, assim como a toda a equipe da Coordenação de Comunicação, Divulgação e Eventos, que esteve presente em todas as etapas da organização do evento e do livro. Do mesmo modo, ao Serviço de Informática, que fez a transmissão do evento *on-line*, e ao Núcleo de Tecnologia Educacional em Saúde (Nuted), que deu o suporte para a filmagem. Expressamos nosso agradecimento também à diretoria da ALAS, na pessoa do presidente Paulo Henrique Martins e do vice-presidente Marcelo Arnold-Cathalifaud, por todo o apoio à JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE e por propiciar a interlocução, no âmbito internacional, com outros atores, na perspectiva de construir parcerias institucionais e fortalecer os debates na área da saúde coletiva. Agradecemos também à professora Roseni Pinheiro, coordenadora do GT Saúde e Seguridade Social da ALAS e do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Lappis/IMS/Uerj), a todos os expositores das mesas-redondas, pela oportunidade de compartilhar temáticas que possam contribuir para uma discussão mais ampla sobre saúde coletiva na América Latina, e aos coordenadores dos GTs Políticas de participação social na saúde; Dialéticas do direito na saúde; Redes sociais, mediação e dívida na saúde; Democratização e integralidade na saúde; e Educação, trabalho e saúde, que contribuíram para a qualidade do evento. Agradecemos ainda a

nossa equipe de trabalho no Laboratório de Educação Profissional em Atenção à Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Laborat/EPJSV), por toda força e o apoio sempre presente. Por fim, não podemos deixar de agradecer a todos os participantes dos dois dias de evento, muitos deles vindos de outras regiões do Brasil e de outros países, que contribuíram nos debates e para o sucesso do evento.

# Sumário

## 9 Apresentação

### Parte I

#### Estado, Democracia e Políticas Públicas de Saúde na América Latina

#### 17 Imágenes de la complejidad social contemporánea: la salud de la sociedad

Marcelo Arnold Cathalifaud

#### 27 Salud y envejecimiento: importancia de las redes sociales en la sociedad individualista

Daniela Thumala

#### 37 O padrão atual do Estado de bem-estar social no Brasil: algumas considerações

Lenaura Lobato

#### 45 Debate da mesa-redonda “Estado, Democracia e Políticas Públicas de Saúde na América Latina”

Paulo Henrique Martins (coordenação)

### Parte II

#### Democratização, Mediação e Sociabilidades na Saúde no Contexto Latino-Americano

#### 65 Colonialidad de la vida, colonialidad de la muerte: democratización y salud en Centroamérica

Nora Garita

#### 85 Desigualdades y políticas compensatorias en salud: los desafíos para enfrentar las adversidades del modelo económico en Chile

Ximena Sánchez

**101** Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema Único de Saúde no Brasil  
Paulo Henrique Martins

**127** Debate da mesa-redonda “Democratização, Mediação e Sociabilidades na Saúde no Contexto Latino-Americano”  
Alda Lacerda (coordenação)

### **Parte III**

#### **Construção do Direito e Sociabilidades em Saúde**

**149** Ciencias sociales y ciencias de la salud articuladas por el *pathos*: pasiones y padecimientos  
Gabriel Restrepo

**171** A (con)formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países do Mercosul: construção de novas sociabilidades?  
Marcela Pronko

**181** Notas críticas sobre democracia, socialismo e emancipação  
José Victor Regadas Luiz  
Felipe Machado

**209** La salud pública y la construcción del derecho a la salud en el caso brasileño  
Felipe Machado  
Francini Guizardi  
Alda Lacerda

**229** Autores

# Apresentação

A presente coletânea é fruto da JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE, que ocorreu na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), no *campus* da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro, nos dias 25 e 26 de abril de 2013, e contou com a participação da direção da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS), de pesquisadores convidados do Brasil, do Chile e da Costa Rica e de participantes – alunos, professores e pesquisadores – de diversas instituições da América Latina. A importância da coletânea se deve à relevância científica da JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE para o campo da saúde coletiva e do seu potencial de trazer subsídios para materializar novas formas de gestão social e de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Cabe lembrar que a ALAS é uma organização com mais de sessenta anos de existência que reúne pesquisadores da sociologia e áreas afins da América Latina e Caribe, e realiza congressos internacionais bianuais, cujo objetivo é compartilhar experiências, fortalecer laços e organizar grupos de estudo e trabalho nas diferentes áreas do conhecimento, favorecendo o diálogo interdisciplinar. Para tanto, são realizados diversos eventos preparatórios na América Latina, denominados Pré-ALAS.

A JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE foi organizada por pesquisadores do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (NEDSS/EPSJV–Fiocruz) e constituiu um evento temático preparatório para o XXIX Congresso Internacional da Associação Latino-Americana de Sociologia, realizado na cidade de Santiago do Chile em 2013. O objetivo foi aprofundar e sistematizar conhecimentos sobre as relações sociais e institucionais estabelecidas no contexto de democratização da América Latina, promovendo o diálogo com as diversas experiências sobre a formulação e a execução de políticas públicas de saúde.

A América Latina tem sido caracterizada historicamente pela modernização excludente e por padrões de colonialidade do poder, erigidos em torno da produção eurocêntrica de conhecimento e da divisão racial do trabalho no mundo capitalista. Essa história e suas marcas presentes impõem-nos desafios importantes a enfrentar na superação das desigualdades sociais, na medida em que afetam o desenvolvimento social e, conseqüentemente, a saúde dos sujeitos e grupos sociais e seus direitos de cidadania. Desse modo, a escolha pelos temas

da democratização e da sociabilidade em saúde se justificou pela relevância que o debate assume no contexto de iniquidades em que se encontram os países da América Latina, sobretudo pelas violentas formas de subordinação a que estão submetidos os sujeitos no atual contexto de globalização. A JORNADA INTERNACIONAL PRÉ-ALAS NA SAÚDE procurou constituir espaços de diálogo nos quais os participantes e os pesquisadores convidados tivessem a oportunidade de aprofundar, em trocas dialógicas, análises sobre experiências e processos de democratização do Estado na América Latina. Para tanto, o evento foi estruturado em torno de cinco temáticas consideradas estratégicas, a saber: políticas de participação social na saúde; dialéticas do direito na saúde; redes sociais, mediação e dívida na saúde; democratização e integridade na saúde; e educação, trabalho e saúde.

A presente coletânea visa sistematizar conhecimentos sobre as relações entre democratização e sociabilidades no contexto das políticas de saúde na América Latina, de modo a contribuir para a formação de trabalhadores qualificados e comprometidos com a garantia do direito à saúde. O conjunto de artigos expressa os principais debates ocorridos no evento e está dividido em três temáticas: “Estado, democracia e políticas públicas de saúde na América Latina”; “Democratização, mediação e sociabilidades na saúde no contexto latino-americano”; e “Construção do direito e sociabilidades em saúde”. As duas primeiras partes reúnem os ensaios desenvolvidos pelos expositores e a sistematização dos debates realizados nas mesas-redondas nos dois dias do evento. A terceira parte traz artigos de pesquisadores convidados a contribuir no debate realizado, com particular enfoque nos casos brasileiro e colombiano. Optamos por manter os artigos na versão do idioma original em que foram escritos, seja em português ou espanhol.

A parte I, voltada para a discussão “Estado, democracia e políticas públicas de saúde na América Latina”, inicia com o artigo do Marcelo Arnold Cathalifaud, o qual traz uma reflexão sobre a complexidade dos fenômenos sociais na América Latina, com vistas a analisar os processos de inclusão/exclusão nas políticas sociais na saúde. O autor chama atenção para as mudanças estruturais ocorridas no campo da saúde, em que a solidariedade e o apoio baseados nas relações de sociabilidades primárias vêm sendo substituídos por instituições especializadas, sem a devida preparação. Reafirma a importância das ciências sociais e das teorias dos sistemas complexos diante do desafio de produzir condições que garantam a saúde física e mental da sociedade.

No segundo artigo, Daniela Thumala reflete sobre o desafio de ampliar a concepção de saúde na velhice, de modo a se reconhecer a diversidade que

constitui a experiência do envelhecimento. Nesse sentido, ressalta que a sensação de bem-estar nesse ciclo de vida não deve se restringir à manutenção da funcionalidade orgânica, mas ter como foco também a integração social. A autora reflete sobre a importância das redes sociais no envelhecimento da população e o desafio da formação dessas redes na sociedade individualista.

O artigo de Lenaura Lobato tece uma crítica ao conjunto de políticas no Brasil sinalizando que, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja uma proposta progressista e inovadora, não conseguiu alcançar seus objetivos. Nesse sentido, evidencia o baixo impacto sobre as desigualdades e a manutenção da fragmentação dos padrões tradicionais de proteção social que reforçam os privilégios. A autora também critica o financiamento do setor privado pelo sistema público, seja por meio de subsídios indiretos ou por subsídios diretos, como no caso cada vez mais frequente do repasse de unidades públicas para a administração privada. Por fim, menciona os desafios na discussão das políticas sociais como um projeto democrático, assim como para se repensar os modelos de participação e controle social no SUS.

No fim da primeira parte, reproduziu-se a sistematização do debate dos palestrantes, com a participação do público. Esse debate foi coordenado por Paulo Henrique Martins, da Universidade Federal de Pernambuco.

A parte II, intitulada “Democratização, mediação e sociabilidades na saúde no contexto latino-americano”, é integrada por três artigos, e se inicia com a reflexão de Nora Garita sobre o panorama das condições de saúde e às relações democráticas na América Central. A autora demonstra que grande parte da sociedade vive em situações de exclusão, com precárias condições de trabalho e sem acesso aos programas sociais. Adverte também para o aumento da violência depois dos acordos de paz e reflete acerca dos padrões de dominação evidenciados nas questões étnicas e de gênero, que hierarquizam as possibilidades de vida e legitimam a desigualdade de morte nesses grupos excluídos.

No artigo seguinte, Ximena Sánchez analisa o estudo de avaliação da efetividade do programa Chile Crece Contigo, discutindo o impacto das políticas compensatórias na saúde com base na apresentação de alguns programas de proteção social implantados no Chile. Aponta também para a importância de se abordar a pobreza como uma construção sociocultural nos desenhos das políticas e na elaboração de programas sociais.

O terceiro e último artigo da parte II, de Paulo Henrique Martins, refere-se à construção do SUS como uma política pública inovadora, que se contrapõe às políticas públicas marcadas pelo autoritarismo e mandonismo. O autor res-

salta que o desafio de o SUS se manter como uma política pública democratizante implica atualizar o debate sobre a relação entre saúde e democratização no Brasil, debate esse abordado ao longo do artigo. Nesse sentido, propõe repensar a relação entre saúde, direito e democracia por meio das experiências na América Latina, abordando a experiência boliviana em sua reflexão do SUS como um sistema de direito à vida.

Para a finalização dessa segunda parte, apresenta-se a sistematização do debate dos expositores na mesa-redonda, com a interlocução do público, tendo sido coordenado por Alda Lacerda, da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz.

A parte III congrega quatro artigos que refletem sobre construção do direito e sociabilidades em saúde. Gabriel Restrepo tece uma articulação entre ciências sociais e ciências da saúde, e propõe compreender a temática da saúde por meio da elaboração conceitual complexa de uma teoria dramática da sociedade centrada nas paixões. O autor ressalta que a teoria dramática, que associa teoria e drama, rompe com o pressuposto de que as ações sociais são racionais ou utilitárias. Demonstrando a inter-relação entre saúde e educação para os processos democráticos, o autor discute a proposta de uma educação pautada na criatividade e no princípio da sabedoria, com a participação do Estado, e não somente dos governos, e da sociedade civil.

No artigo seguinte, Marcela Pronko aborda os desafios na formação dos trabalhadores técnicos em saúde no âmbito do Mercosul, e apresenta os resultados preliminares de pesquisa desenvolvida nesse contexto. A autora problematiza a falta de uma definição conceitual sobre as expressões “trabalhadores técnicos em saúde”, e afirma que tal indefinição é fruto do desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais, assim como dos diversos significados atribuídos ao trabalho em saúde. Dentre os resultados apresentados, são evidenciados os desafios a serem enfrentados, posto que a lógica da formação de trabalhadores técnicos está voltada para o mercado de trabalho, fragmentando, assim, a formação do trabalhador e se distanciando do objetivo de atenção integral dos usuários.

O artigo de José Victor Regadas Luiz e Felipe Rangel de Souza Machado faz uma crítica às ideias liberais que promovem o capitalismo contemporâneo como a única forma possível de democracia, passível apenas de pequenos aperfeiçoamentos. Tal crítica visa resgatar elementos históricos que demonstram a incompatibilidade entre o capitalismo e a democracia, afirmando, ao contrário, a intrínseca relação entre o socialismo e a democracia.

Por fim, o artigo de Felipe Rangel de Souza Machado, Francini Guizardi e Alda Lacerda propõe um olhar sobre a construção de direitos na saúde com base na experiência brasileira, ressaltando tanto o papel do Estado – e a histórica dívida que este Estado tem com a sociedade brasileira – quanto as tomadas de posição cotidianas no interior dos serviços de saúde como uma forma de garantia de direitos. Os autores se referem ao necessário encontro entre as expectativas da população, dos profissionais de saúde e dos gestores para que sejam efetivamente garantidos os direitos na saúde e para que se possam criar novos direitos.

O conjunto de reflexões presentes neste livro nos permite reconhecer que o processo de democratização das relações sociais que deve orientar o projeto ético da sociedade na América Latina não é intrinsecamente coerente com a atual conformação social, o que não significa que não esteja em nosso horizonte de possibilidades, dependendo, sobretudo, da atuação política dos sujeitos sociais. Assim, considerando os desafios colocados para se tecer uma análise crítica sobre os processos de democratização e para construir novas sociabilidades em saúde, é que apostamos que as contribuições oriundas das ciências sociais, sobretudo da sociologia e da antropologia, podem concorrer para a constituição e o fortalecimento do campo da saúde coletiva. Esse entendimento nos motivou a ampliar a discussão no contexto internacional e debater com outros atores que vêm refletindo e discutindo sobre democracia e direitos sociais no cenário da América Latina. Esperamos que esta coletânea possa contribuir com as análises sobre os desafios postos para a consolidação democrática na região, possibilitando o aprofundamento das reflexões sobre a conformação do Estado na América Latina, suas instituições e seus modos de sociabilidade.

**Alda Lacerda**  
**Felipe Machado**  
**Francini Guizardi**



**Parte I**  
**Estado, Democracia**  
**e Políticas Públicas de Saúde**  
**na América Latina**



# Imágenes de la complejidad social contemporánea: la salud de la sociedad

Marcelo Arnold Cathalifaud

Muy buenos días, estimadas amigas y amigos presentes en esta Jornada Internacional Pre-ALAS. Mis primeras palabras son para agradecer a sus organizadores por la posibilidad de dirigirme a ustedes y compartir esta mesa con distinguidos especialistas. Estoy seguro que, a partir de este evento, preparatorio del XXIX Congreso Bienal de la Asociación Latinoamericana de Sociología, seguiremos desarrollando actividades comunes y fortaleciendo la presencia de los temas de la salud en nuestras convocatorias.

Para mi participación he seleccionado como lema de este evento: Democratización y nuevas formas de sociabilidad en salud en el contexto latinoamericano. Por ello, en acuerdo con los organizadores, compartiré con ustedes una presentación más bien teórica que se apoya en una línea de trabajo denominada *programa sociopoiético para la observación de la complejidad social contemporánea* (Arnold Cathalifaud, 2004). Específicamente expondré reflexiones que, a mi parecer, nos ayudan a abordar el desafío de observar la sociedad contemporánea, luego indicaré algunos rasgos distintivos de la complejidad del manejo de la salud para, desde allí, presentar, en un plano general, un modelo multidimensional de los procesos de inclusión/exclusión que pueden servir de marco en políticas sociales, decisiones institucionales y acciones personales en ese campo.

## I.

Las demandas por conocimientos sobre la sociedad, o sobre aspectos más específicos como la medicina, la salud y la enfermedad siguen incrementándose mientras, simultáneamente, se generaliza en las ciencias sociales una mayor conciencia de sus limitaciones. Esta última sensación es correcta, pero no debe desanimar. Carecer de certezas no es un problema para nuestras disciplinas; de hecho, sus conocimientos, a diferencia de la inmutabilidad de los dogmas, deben asumir su provisionalidad. Tal tensión es beneficiosa, pues estimula la investigación empírica y la conceptualización teórica.

El problema es que, hoy más que nunca, se observan distancias considerables entre las expectativas y las prestaciones efectivas. La sociedad, al contrario de lo que declara el anti-intelectualismo en boga, está lo suficientemente conocida e interpretada en ningún plano. Sus cambios se adelantaron en mucho a su comprensión. No por nada la palabra *complejidad* ha pasado a ser de uso común.

Una impresión generalizada es que hay profundas e inesperadas modificaciones en la sociedad, aunque no hay precisión acerca de las condiciones estructurales que las provocan y cuáles son sus alcances. Estas dificultades de comprensión han conducido a simplificaciones. La lista de “teorías de la sociedad contemporánea” es enorme. Pero nociones como sociedad postmoderna, sociedad hipermoderna, sociedad de masas, sociedad postindustrial, sociedad red, sociedad organizacional, sociedad vigilada, sociedad de la abundancia, sociedad postradicional, sociedad de la información, sociedad del riesgo, sociedad líquida, sociedad de consumo, sociedad vacía, sociedad del espectáculo, sociedad del conocimiento y un larguísimo etcétera, solo revelan que el final de una era es más evidente que el inicio de otra. Ciertamente, ante las pocas claridades para interpretar lo actual, las predicciones son más inciertas.

Debemos reflexionar sobre las posibilidades de nuestras disciplinas. Comenzar por interrogarnos sobre sus “puntos ciegos”. Quizá nuestras limitaciones consisten en la contingencia del orden social y su construcción heterárquica y acéntrica, donde nada debe considerarse fijo, inmutable o definitivo.

Muchos expertos señalan que los actuales cambios no serían comparables, ni en forma ni alcances, con los acontecidos en épocas anteriores. Se destacan inesperadas transformaciones que acontecen sin que se establezcan sus reemplazos. Se tienen a la vista el desplome del imperio soviético, la globalización del capitalismo y sus empresas transnacionales, la mirada humana desde el espacio al planeta y sus límites; también, asombran los cambios tecnológicos que impulsaron la irrupción de las redes sociales, una sociedad civil empoderada y movilizadora y la sorpresiva presencia islámica en la agenda global.

Desde que Lyotard (1986), a fines de los años setenta, señaló el advenimiento de una sociedad identificada con el ocaso de las ideologías, la ausencia de propuestas y la pérdida de confianza en los conocimientos científicos, se han multiplicado las descripciones e interpretaciones que apuntan a denunciar la profunda crisis de la condición social moderna. Sin embargo, también puede estimarse –por ejemplo, Habermas (1989)– que el proyecto de la modernidad, que combinaba la razón con la emancipación, sigue inconcluso y no es momento de abandonarlo.

Especialmente en Occidente, la sociedad se visualiza plena de inseguridades y amenazas. Lo común es tomar en cuenta cómo las expectativas de bienestar, siempre crecientes, al ser confrontadas con la experiencia son decepcionadas. Lo mismo ocurre ante los cada vez más altos niveles de intolerancia y violencia que desacreditan nuestra aparente civilidad.

Como se acostumbra a decir, se observa un dinamismo en el que toda solidez se transmuta en fluidez. Aun en épocas de bonanza se espera el desastre. Hoy, cuando las turbulencias financieras se hacen notar, se vocea la caída del modelo de crecimiento económico, aunque este parece más resiliente de lo esperado, al punto que China se ha adherido al mismo. En ese contexto, la reflexión sobre las consecuencias no esperadas de la modernización hacen de los riesgos temas centrales en el accionar experto y cotidiano (Beck, 1998). Se destaca, por ejemplo, que las aplicaciones biotecnológicas, en estrecho acoplamiento con intereses económicos y geopolíticos, anticipan escenarios en los que la sociedad, las conciencias, el entorno ecológico y la biología humana se exponen a fatales desenlaces.

El caso es que incluso los logros de la sociedad moderna, señalados hasta ahora por indicadores demográficos, la ampliación de las libertades y derechos individuales, la multiplicación de opciones y estilos de vida, la generalización de formas democráticas, las aplicaciones del conocimiento científico, el efecto integrador de las tecnologías digitales, el enorme aumento de la productividad y las capacidades para organizar el cumplimiento de fines cada vez más específicos, se enfrentan a malos pronósticos.

Las visiones optimistas frente al desarrollo se estrellaron en el siglo pasado, mientras que ahora los fundamentos económicos de la integración global revelan su vulnerabilidad. La convivencia humana se estresa en todas las regiones ante el surgimiento de modernas teocracias, la generalización de la cultura de lo desechable y el descontrol en la explotación de los recursos naturales. Frecuentemente se alude a alimentos contaminados, al calentamiento planetario, el empleo precarizado o enfermedades producidas por las actividades industriales. Incluso, aunque se expresen como nunca antes las diferencias culturales, el valor de la diversidad colisiona con la discriminación, el nacionalismo, la xenofobia y las guerras étnicas.

Los *indignados* y los movimientos sociales se diversifican en motivos y convocatorias. Sus temas de protesta forman parte de una agenda pública globalizada. Estas nuevas condiciones tienen por acompañante una creciente individualización generalizada por una nueva y expansiva clase media, cuyos

miembros, se asumen forjando sus destinos por acciones cuyos resultados remiten a sí mismos, al punto que problemas estructurales como, por ejemplo, la exclusión, la desconfianza interpersonal o el abandono en la vejez, los experimentan como individuales.

Cuando los lazos sociales tradicionales se debilitan, aumentan las exigencias al individuo y predominan las vinculaciones sociales impersonales y competitivas. Pareciera que los efectos acompañantes de la globalización de programas productivos, sean de corte neoliberal o socialismos de mercado, desencadenan una aguda indiferencia y desatención que estimula una integración social segmentada, el desinterés por las responsabilidades colectivas, la competencia desenfrenada y el consumismo, dejando sin sustento los recursos personales, sociales y culturales que sostenían la cohesión de la sociedad.

Lo novedoso es que estas nuevas condiciones no pueden considerarse como desviaciones o anomalías momentáneas. Forman parte del núcleo de la actividad social, son una onda que recorre el planeta difundiendo incertidumbre e inseguridades. La precariedad va más allá de las referencias que la circunscriben a los sectores sociales que pierden la protección de los estados de bienestar y que se integran socialmente con vinculaciones frágiles, tanto con el mercado de trabajo como con los programas de asistencia social estatales (Braga Neto, 2012). Se trata de la forma de vinculación predominante en la sociedad contemporánea.

La desintegración de las certezas cotidianas desencadena la compulsión a retenerlas o buscarlas ensimismadamente, provocando patologías sociales como la intolerancia, el sectarismo, la violencia y el terrorismo, como también la sensación permanente de estrés. Los trastornos alimenticios, la adicción a drogas o la depresión han pasado a ser dolencias estadísticamente normalizadas. Estos cambios son globales, pero sus efectos son peculiares en cada región del planeta.

América Latina presenta un contexto de inequidades sociales extremas. Estas condiciones producen, como efecto compensatorio, presiones para la búsqueda de mecanismos de orientación y coordinación destinados a restablecer las vinculaciones sociales puestas en entredicho, o estimulan a imaginarse pasados más épicos. Lo anterior hace que sea atractivo para sus poblaciones, experimentar acriticamente las propuestas populistas, las ofertas publicitarias de créditos, el autoritarismo como mecanismo de orden, la popularización de modos de vinculación basados en el anonimato y la aceptación acrítica de informaciones débilmente fundamentadas.

## II.

De acuerdo con Luhmann (1998), la complejidad alcanzada en la sociedad contemporánea se relaciona con el despliegue de sistemas funcionalmente diferenciados y especializados, como la religión, la política, la economía, el derecho, la ciencia, la educación, el arte, la familia, los medios masivos de comunicación y otros. La salud, por ejemplo, se constituye en el sistema social de la medicina caracterizado por operaciones que se codifican bajo la distinción sano/ enfermo. La relevancia de este sistema se extiende en casi todos los aspectos de la vida humana y para ello, produce las formas exclusivas (roles profesionales, pacientes, inventarios de enfermedades, teorías con respecto a la salud, tipos de tratamientos o asistencias, etcétera) que le dan su unidad (vid. Luhmann, 1990). De esta manera, la sociedad se destaca por la autonomía de sus componentes, los cuáles están en permanente reconstrucción.

A consecuencia de la diferenciación, la coordinación social en su sentido tradicional se hace altamente improbable, lo cual aumenta la incertidumbre, materia que ha pasado a ser tema central en la comunicación pública. Por ejemplo, las organizaciones formales, cuyas operaciones de cálculo racional han terminado por imponerse en las otras variantes de la socialidad humana, originan modos de vinculación necesarios e indispensables, pero, al mismo tiempo, son fuente de nuevos problemas, todo ello debido al carácter instrumental, impersonal y autónomo de las condiciones de existencia que ellas mismas se proveen por medio de las decisiones que producen. En el fondo, sus lógicas organizacionales no concuerdan con otras expectativas.

Como las definiciones de salud o de vida saludable son construcciones sociales determinadas y contextualizadas por las condiciones presentes en la sociedad, quienes trabajan en este campo deben conocer las características de la sociedad e identificar sus nuevos problemas y desafíos, especialmente ante un escenario de crisis global que se aborda con ajustes macro económicos que impactan fuertemente en las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables.

Un indicio del déficit estructural de una racionalidad global es la falta de propuestas comunes para enfrentar los problemas producidos en la sociedad. Por ejemplo, las novedades biocientíficas desatan amenazas cuyas regulaciones siguen a sus consecuencias, o ante la extensión y profundización de las desigualdades por dinámicas de exclusión que parecen inalterables. Por otra parte, la reproducción de estas relaciones dependerá de las condiciones presentes en

las reglas de operación de entidades sistémicas independizadas. La medicina solo trata las enfermedades y no la economía, religión o leyes, aunque su acoplamiento con otros sistemas sociales también especializados, le da una gran incertidumbre, comprometiendo sus operaciones distintivas con materias de financiamiento, decisiones políticas, hallazgos científicos, aplicaciones tecnológicas, prácticas de autocuidado e higiene, regulaciones jurídicas o creencias acerca de la vida y el sufrimiento. Todo ello sin mencionar a sus organizaciones formales –hospitales, clínicas, servicios de urgencia, etcétera–, que agregan sus propias determinaciones estructurales.

Esta creciente complejidad hace problemático el tratamiento de los problemas sociales, pues, como su inevitable consecuencia, nunca se observan de la misma forma. Las referencias desde donde se los identifica, sus causas o consecuencias, sus plazos y coberturas, sus implicados o afectados, sus probabilidades e improbabilidades, sus seguridades o inseguridades, se procesan autónomamente y, por lo tanto, pueden no ser compatibles. Así, para entender los problemas de la salud en la sociedad no se puede adoptar un solo punto de vista, por muy respetable que sea, sino que deben reconocerse distintas autonomías puestas en juego. No puede ser un hallazgo novedoso declarar que las operaciones de lucro son insensibles a la salud –vistas desde la moral–; lo relevante es describir los mecanismos que reproducen sus vinculaciones, no obstante el generalizado rechazo a sus efectos.

Entre los cambios estructurales en el campo de la salud contemporánea, se destaca el hecho de que los apoyos tradicionales basados en la familia, solidaridades de clase o estado protector, están siendo sustituidos por instituciones especializadas con preparación insuficiente. Simultáneamente, las demandas por salud y bienestar están en creciente expansión y se hace imposible responder la escalada de expectativas.

Por eso, ante los problemas de la salud pública cabe estar a la altura de sus circunstancias: considerar la creciente complejidad social. Como señaló Wright Mills (1987), los investigadores sociales deben estudiar los puntos de intervención efectivos a fin de conocer lo que puede o debe ser estructuralmente modificado.

Conociendo la complejidad de la salud en la sociedad se pueden diseñar intervenciones que desencadenen cambios en direcciones predeterminadas, no obstante, estas dependen exclusivamente del arreglo de criterios cuyos componentes procesan autónomamente las informaciones. Solo reconociendo estas condicionalidades podremos ser más eficaces –o cautelosos– en aquellos

aspectos que nos parecen más problemáticos o cuestionables. Con frecuencia, esto es olvidado por los agentes de cambio, sean estos de orientación conservadora, innovadores o simplemente contestatarios, que tratan sus apreciaciones como hechos ignorando que estos se fundan en sus propias distinciones, es decir, a partir de sus parcialidades. Un interesante reportaje sobre el consumo de *crack* en Brasil (Antunes, 2013) es muy ilustrativo con respecto a la necesidad de una mirada más integral, y no solamente epidemiológica o policial, para abordar este flagelo.

La pérdida de racionalidad global, que antes aludimos, afecta directamente a la salud, pues más que nunca las enfermedades humanas tienen muchas posibilidades de abordarse. Algunos tratamientos se abandonan por considerarse ineficaces y aparecen nuevas terapias o combinaciones de ellas; se admiten tanto contradicciones (opciones frente a tratamientos incompatibles) como paradojas (el restablecimiento de la autonomía del paciente haciéndolo dependiente crónico de fármacos). Por otro lado, pacientes e instituciones prestadoras de servicios de salud se asumen como agentes decisivos, pero las informaciones que requieren para actuar responsablemente superan la capacidad objetiva (cantidad), social (costos) y temporal (tiempos) de procesamiento; finalmente, los intereses de las instituciones prestadoras de servicios de salud (privadas o públicas) incorporan un amplio campo de contradicciones (entre ellas, que su viabilidad se asegura con enfermedades o, que las inversiones tienen que ver con la presión política de sus usuarios).

### III.

Desde una perspectiva sociológica, los obstáculos para el manejo o solución de los efectos indeseables de la actual modernización, o del neoliberalismo, en el campo de la salud no radican en la falta de voluntad para tomar conciencia de sus problemas, sino en la dificultad para distinguir e incorporar el incremento de los distintos planos que componen, extienden y diversifican sus formas. Debemos apreciar cómo un todo lo que conforma nuestras actuales preocupaciones, aunque puedan parecer inescrutables, son efectos del incremento de operaciones sociales paradójicas. Por ejemplo, el hecho de que las organizaciones hacen inevitables los mecanismos de inclusión y exclusión. Es así como el código de la salud no discrimina a los enfermos –cualquiera puede estarlo–, pero su tratamiento, e incluso su diagnóstico, dependen de si los hospitales y clínicas, especialmente si son privadas, los incluyen o no como pacientes.

Frente a miradas estrechas (especializadas y autorreferidas) las intervenciones exitosas solo pueden provenir de visiones sistémicas que incorporen la multidimensionalidad de los fenómenos sociales. En esta materia hemos avanzado en reconocer, para el campo de la salud, cuatro dimensiones de la integración social acordes con los niveles de complejidad alcanzados por la sociedad:

- 1) Inclusión/exclusión primaria. Referida a las modalidades y grados de acceso efectivo de los individuos a sistemas institucionalizados y de cuyas prestaciones dependen, parcial o totalmente, para mantener su adecuada existencia biológica y psíquica. Incluye, por ejemplo, sus niveles de participación en la economía, en la política, en la justicia, en la ciencia, en la tecnología, en la recreación, en la educación formal, y en otros ámbitos institucionales instrumentales. Este nivel es abordado por las políticas públicas.
- 2) Inclusión/exclusión secundaria. Referida a la disponibilidad de redes de apoyo mediante las cuales los individuos satisfacen sus necesidades de salud y compensan condiciones institucionales de vulnerabilidad. Este nivel considera las modalidades y grados de integración con familiares, vecinos y amigos, y la participación en organizaciones comunitarias u otras instancias colaborativas (Pinheiro y Martins, 2011).
- 3) Inclusión/exclusión simbólica. Referida a la producción y circulación de las imágenes y creencias sobre la salud (o vida saludable) que contribuyen a ampliar o restringir sus expectativas y que constituyen el trasfondo cultural de la sociedad. Se incluye aquí, por ejemplo, producciones periodísticas, textos de instrucción, divulgación y otros, que modelan y conforman las ideas y opiniones más comunes con respecto a la salud y la enfermedad. Trata de los procesos constructores de prejuicios y discriminaciones.
- 4) Inclusión/exclusión autorreferida. Corresponde a la eficacia atribuida o percibida como las sensaciones de satisfacción de los individuos que contribuyen a reforzar o a mermar sus conductas saludables. Alude específicamente a factores y estrategias personales de afrontamiento vinculadas al bienestar psicológico y biológico percibido. Se trata de la presencia de autonomía y dignidad donde juega un rol clave la historia personal y sus contextos.

Este modelo proporciona un plano multidimensional para observar el desenvolvimiento de las acciones de salud en términos de políticas públicas,

decisiones institucionales o consecuencias personales (asimismo, pueden preverse específicas exclusiones que, por su misma dinámica, son acumulativas y plenas de consecuencias, capaces de desencadenar condiciones integrales de dependencia y vulnerabilidad, en particular cuando se carece de los recursos compensatorios para enfrentarlas oportunamente. Es el caso de la pobreza o las limitaciones para el desenvolvimiento autónomo, que arrastran efectos que limitan la inclusión en más de un ámbito).

Para concluir, reiteramos que las complejidades en el campo de la salud de la sociedad contemporánea requieren ser comprendidas, antes de actuar a ciegas. Los “nuevos problemas de la salud pública”, todos ellos globales, emergentes y complejos, hacen necesarios “nuevos modos de conocimiento”, más interdisciplinarios o transdisciplinarios. El punto es que no se trata solo de lamentar los cambios indeseables y necesidades que experimentamos en ese campo, es imperativo evaluar nuestras posibilidades de abordarlos.

Lo simple o lo aislado es cada vez más escaso. Justamente, una función de las ciencias sociales es exponer la complejidad de sus materias, como hemos intentado hacerlo, y cuestionar los eslóganes y explicaciones facilistas o las intuiciones como método para la acción. En este sentido, adquiere relieve teorizar acerca de las dificultades para coordinar actividades sociales y así poder hacernos cargo de derechos, por ejemplo, el desafío de producir las condiciones que garanticen la aspiración de alcanzar el disfrute al más alto nivel posible de la salud física y mental para la humanidad.

## Referencias bibliográficas

ANTUNES, André. *Crack*, desinformação e sensacionalismo. *Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 27, p. 17-21, mar.-abr. 2013.

ARNOLD CATHALIFAUD, Marcelo. La construcción del conocimiento. Fundamentos epistemológicos del constructivismo sociopoiético. *Revista del Instituto de Investigaciones Histórico Sociales*, Lima, v. 8, n. 12, p. 271-289, 2004.

BECK, Ulrich. *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 1998.

BRAGA NETO, Ruy Gomes. *A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista*. São Paulo: Boitempo, 2012.

HABERMAS, Jürgen. Modernidad: un proyecto incompleto. In: CASULLO, Nicolás (org.). *El debate modernidad–posmodernidad*. Buenos Aires: Punto Sur, 1989. p. 131-144.

LUHMANN, Niklas. Der medizinische Code. In: \_\_\_\_\_. *Soziologische Aufklärung: Konstruktivistische Perspektiven*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990. p. 183-195.

\_\_\_\_\_. *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 1998.

LYOTARD, François. *La condición postmoderna*. Buenos Aires: Paidós, 1986.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (org.). *Usuários, redes sociais, mediações e integralidades em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Lappis, 2011.

WRIGHT MILLS, C. *La imaginación sociológica*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1987.

# Salud y envejecimiento: importancia de las redes sociales en la sociedad individualista

Daniela Thumala

Una de las características más distintivas de la sociedad contemporánea es el envejecimiento de su población. Los datos demográficos –como aquellos referidos en el Informe World Population Ageing (United Nations, 2009)– dan cuenta del sostenido y profundo aumento de la proporción de adultos mayores con relación al conjunto de la población del mundo. La sociedad mundial envejece en la medida que el crecimiento de la población mayor de 60 años se acompaña de una reducción relativa de los menores de 15 años y disminuye la población en edades intermedias. Este cambio es de alcance global y constituye uno de los principales desafíos del siglo veintiuno sobre el cual se carece de un conocimiento acabado y comparativo, especialmente sobre las formas de integración social, actual y futura, de una creciente y cada vez más diversificada población de adultos mayores.

Este aumento de población mayor tiene directa relación con las innovaciones en la salud pública que se han generalizado en el planeta desde la segunda mitad del siglo veinte y que han permitido aumentar sostenidamente la longevidad humana. Cabe destacar que, en la mayoría de los países este cambio se ha acelerado al combinarse con una significativa reducción del tamaño de las familias y del número de hijos, fenómeno que se vincula a transformaciones sociales y culturales. Ejemplo de ello es la acentuación de los valores individualistas y el desapego social, propios de la modernización de la sociedad, lo cual ha impulsando a los individuos, en aras de su propia supervivencia, a hacer de sí mismos el centro de sus propios planes y estilos de vida (Arnold Chatalifaud, Thumala y Urquiza, 2006). Cuando la tradición pierde poder, como instancia normativa o reguladora de la propia identidad, los individuos se ven enfrentados a estructurar por sí mismos sus identidades y a darle un sentido propio a su vida. Robles (2000) planteó que esta situación profundiza aspectos problemáticos de la modernidad generando, entre otros, una mayor exclusión social. Por otra parte, y considerando fuertes diferencias, el mejoramiento de la calidad de vida ha desencadenado en las personas mayores aspiraciones que generan

nuevas demandas. Lo anterior, para muchos adultos mayores, se acompaña de una situación de vulnerabilidad tanto en los planos materiales, como sociales, culturales y psicológicos, pues sus vidas transcurren en un entorno sin precedentes y con una retirada de los apoyos tradicionales destinados a este grupo etario, producto de los cambios familiares, el individualismo y la inserción progresiva de los servicios sociales en el mercado y la ausencia de políticas públicas que sobrepasen el nivel asistencial.

Los cambios demográficos vinculados a la modernización no son estrictamente lineales y homogéneos para todas las regiones y países, pudiendo ser afectados por factores imprevistos que alteren las tasas de mortalidad y natalidad (nuevas terapias, pandemias, catástrofes, crisis económicas, conflictos armados, entre otros). Por ejemplo, en muchos países africanos se ha diezmando la población por efecto de la epidemia del SIDA y, la reciente recesión económica global parece haber causado la disminución de las tasas de natalidad en algunos países desarrollados, como España y Estados Unidos, y frenado los aumentos que habían comenzado en Noruega y Rusia (Population Referential Bureau, 2010). Ahora bien, en términos generales, las cifras e índices disponibles reflejan un sostenido aumento de la población de adultos mayores como una tendencia global, duradera y probablemente irreversible. Según las proyecciones de población, en un siglo el porcentaje de personas mayores prácticamente se triplicará (United Nations, 2009).

De acuerdo con la información del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) (2002), la velocidad del envejecimiento poblacional en los países latinoamericanos es heterogénea y está en función del grado de desarrollo socioeconómico y el nivel de ingresos de los individuos de cada país. Así, en Latinoamérica, se podrían diferenciar cuatro grupos de países de acuerdo con su grado de envejecimiento (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2005). Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay se encuentran en una etapa de envejecimiento incipiente, el cual podría acelerarse en tanto disminuyan sus niveles de mortalidad y fecundidad. En etapa de envejecimiento moderado se encuentran Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. Argentina y Chile, con una tasa de crecimiento inferior al 1%, también se encuentran en la etapa de envejecimiento moderado y, en el nivel más avanzado, están Cuba y Uruguay. Del mismo modo, con respecto al nivel de bienestar de los adultos mayores y la capacidad de respuesta frente a sus demandas, existe una gran variación. Mientras algunos países son capaces apenas de cubrir las necesidades de su

población y deben además enfrentar su envejecimiento, otros han realizado reformas institucionales para empezar a abordar estos desafíos. Al respecto, conviene destacar que Brasil, Chile y México aparecen como los países con el envejecimiento poblacional más acelerado de la Región (United Nations, 2011; Vial, 2013), teniendo que enfrentar este cambio demográfico conjuntamente con otros desafíos a nivel de país. Más aún, la velocidad del envejecimiento demográfico en América Latina es la más rápida y comprimida en el tiempo que se ha experimentado, hasta donde se tiene registro (Wong y Palloni, 2009).

Si bien el aumento de las expectativas de vida podría considerarse un éxito de la evolución social, por su ocurrencia en un breve plazo plantea problemas inéditos, como la disminución de la proporción de la fuerza de trabajo de la cual depende el sistema económico y una demanda sostenida y creciente de recursos destinados al cuidado de una población más envejecida que requiere de prestaciones complejas, costosas y largas. La misma extensión de la vida hace que las limitaciones funcionales de las personas, en sus últimos años de vida, empiecen a ser en los países de alto desarrollo, situaciones “normales” y aumenten significativamente las personas dependientes, enfermas y postradas que requieren cuidados permanentes o su institucionalización (Reitinger, 2006). Así, los avances que han gatillado el envejecimiento de la población, no han logrado eliminar los efectos inesperados del aumento de la esperanza de vida, pues no se dispone aún de fórmulas para revertir la tendencia a la fragilidad que presenta el organismo humano con los años, es decir, a la disminución de las reservas y resistencias a los estresores. Aquí se encuentra parte del problema del envejecimiento y la vejez: aún cuando ha aumentado significativamente la esperanza de vida de las personas, un número creciente se expone a la pérdida de autonomía y sentido para aprovechar los años ganados. Por otra parte, la prolongación de la morbilidad o el temor a la misma puede hacer decaer el interés por la vida, desencadenar sentimientos de sentirse estorbos y abrir el camino a la eutanasia o al suicidio. Estas nuevas condiciones imponen dudas sobre la efectiva ganancia en el bienestar de los adultos mayores y acerca de la disponibilidad de los soportes sociales y psicológicos que se requieren para aprovechar las nuevas posibilidades que sus mayores expectativas de vida les han abierto a medida que envejecen.

Por lo señalado, el envejecimiento poblacional, que se presentó primero en los países desarrollados, se ha transformado en un desafío que sobrepasa la esfera privada y que se proyecta en todas las dimensiones de la sociedad. Así, uno de los principales problemas que enfrentan las sociedades es posibilitar que, aquellos que envejecen, mantengan sus niveles de bienestar y satisfacción vital.

## Salud y envejecimiento

La manutención del bienestar de quienes envejecen tiene relación con la posibilidad de conservar un estado físico saludable que posibilite una vida autónoma, sin enfermedades invalidantes ni dependencia. Esta posibilidad, que Fries en 1980 hipotetiza como la “compresión de la morbilidad” (López-Moreno, Corcho-Berdugo y López-Cervantes, 1998) se vincula con los avances biomédicos que permitirían, junto a una mayor longevidad, un retraso de la aparición de enfermedades, aumentando así los años saludables de vida y dejando la etapa de la enfermedad “comprimida” hacia el final de la vida. Ahora bien, la posibilidad de vivir la vejez con buena salud, además de una preparación personal por medio de la adopción de hábitos de vida saludables, requiere también del acceso de los individuos a adecuadas prestaciones de salud. De acuerdo con datos del Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas (UNFPA) (2012), más del 46% de las personas de 60 o más años padece alguna discapacidad y sólo un tercio de los países (28%), cuenta con planes integrales de protección social que cubran todos los aspectos de seguridad social. Así, la cobertura de salud para quienes envejecen resulta uno de los principales desafíos de este siglo.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud, propuso definir la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Interesa destacar de esta definición la consideración de una concepción de salud que va más allá de la ausencia de enfermedades, idea que no suele ser incorporada al momento de hacer referencia a la salud de los adultos mayores. Generalmente, se considera que una persona mayor es saludable cuando conserva sus funciones cognitivas y puede realizar aquellas actividades fundamentales que permiten su autonomía. Esta noción, si bien considera aspectos esenciales para la calidad de vida y salud de cualquier individuo, reduce la imagen de salud en la vejez a la ausencia de dependencia y de demencia.

Contrariamente a este imaginario de la salud en la vejez, los avances en gerontología y psicogerontología toman en cuenta la importancia de la sensación de bienestar de los adultos mayores en su salud general. Bienestar que no sólo se remite a la manutención de funcionalidad sino también a su integración social ¿Qué entendemos por integración social? Fundamentalmente a la relación positiva (inclusiva) que los adultos mayores mantienen con diferentes ámbitos sociales, tales como los sistemas formales de la sociedad (salud, educación, justicia, etc.), las redes familiares y de apoyo, por mencionar algunos

ámbitos. En ese sentido, la complejidad de la sociedad contemporánea impide considerar la integración social como un fenómeno unívoco, pues es contingente y está afectada por condiciones tanto micro como macrosociales. De este modo, es necesario reconocer diferentes dimensiones en las que ocurre (o no) la integración social. Para el caso de los adultos mayores, se puede jubilar y empobrecerse, pero no por ello se deja de tener familia, votar o pagar las cuentas.

Podemos sostener que el bienestar de los adultos mayores, asociado a su integración, variaría en función de la calidad de su participación en diferentes ámbitos sociales, como los señalados. Un adulto mayor con adecuados accesos a las prestaciones médicas del sistema de salud tendrá mayores posibilidades de recibir una atención oportuna. Del mismo modo, la mayor participación de las personas mayores en el sistema educacional también se ha asociado a mejor salud, ya sea por el hecho de contar con información que favorece un auto-cuidado, como también la posibilidad de seguir indicaciones sanitarias. Así, la relación positiva con diferentes ámbitos sociales favorece el bienestar y con ello, la salud de la población mayor.

La integración social de los adultos mayores a redes familiares, comunitarias y/o de apoyo social, refiere a las modalidades y grados de integración de la población adulta mayor con sus familiares, co-residentes, vecinos, amigos, organizaciones comunitarias u otras instancias, con las cuales componen capitales sociales que favorecen la satisfacción de sus necesidades afectivas, el reconocimiento, la cooperación y la solidaridad intergeneracional. De hecho, estas redes muchas veces compensan las limitaciones para acceder a prestaciones de sistemas institucionalizados. En este punto, resulta importante destacar un aspecto central de la concepción de red social. Como bien señala Martins (2009), la noción de red no puede reducirse a una mirada externa en la que se contabilicen interacciones de los individuos. La distinción de pertenencia a una red requiere de la consideración de aspectos subjetivos, tales como las relaciones de reciprocidad experimentadas por quienes participan de esta red. La importancia de la subjetividad se evidencia, por ejemplo, en la relación que se ha observado entre la sensación de soledad (experiencia subjetiva) y la aparición de demencia, siendo mucho más estrecha esta relación que la observada entre el aislamiento social (medición objetiva) y demencia (Holwerda et al., 2012). En otras palabras, no se trata de *estar* en un grupo, sino de *sentirse parte* de éste.

La generación y manutención de redes sociales en la vejez será cada vez más relevante, en tanto los adultos mayores envejecan en un contexto sin precedentes y con menos apoyos tradicionales. La familia, que ha operado en

la primera línea del cuidado de las personas mayores, cada vez más verá dificultada esta función debido a los cambios que ha venido experimentando en los últimos tiempos, como la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral. Por otra parte, una proporción cada vez más numerosa de personas viven y envejecen solas, ya sea porque están separadas o divorciadas, nunca han estado casadas y no tienen hijos ni familiares directos, son sobrevivientes de su generación o viven lejos de sus parientes. A modo de ejemplo, en Chile el 11,8% de los adultos mayores vive solo (Chile, 2011). Estos datos muestran cómo decrece el potencial de la familia para la satisfacción de necesidad de integración de los adultos mayores. En este escenario, uno de los principales desafíos que enfrentan los adultos mayores en el mundo es contar con los capitales psicológicos que contribuyan a mantener su condición de saludables e integrados y enfrentar las adversidades que acompañan sus envejecimientos. Esta situación, que se presentó primero en los países desarrollados, se ha extendido globalmente, transformándose, como se ha dicho, en un problema que sobrepasa la esfera privada y que se proyecta en todas las dimensiones de la sociedad.

En el contexto señalado, las redes sociales cobran especial relevancia para el bienestar y salud de la población mayor. Enfrentamos, sin embargo, algunos obstáculos para su generación y manutención, entre los cuales se destaca el predominio de imágenes sociales negativas sobre la vejez. Si bien estas imágenes no presentan un carácter universal, diversos estudios señalan que éstas contienen estereotipos con fuertes cargas negativas, alejándose así de lo que los adultos mayores pudieran efectivamente esperar ante los avances de la modernidad que han dado lugar a sus actuales expectativas de vida. Un estudio llevado a cabo en España entre los años 2002 y 2003 (Adelantado et al., 2004) mostró como las imágenes generalizadas en torno a la vejez están lejos de representar lo que los mismos ancianos piensan y sienten respecto a ésta, y de la forma en que ellos mismos se representan. Otros ejemplos, señalados por Tan, Zhang y Fan (2004), muestran cómo en Estados Unidos, en el Sudeste de Asia y en el Caribe la vejez es asociada con rasgos negativos, tales como “triste”, “inflexible”, “no atractiva”, por mencionar algunos. Una investigación realizada en Nigeria (Okoye, 2004), orientada a indagar el conocimiento que los jóvenes nigerianos tienen sobre la vejez, en un país donde la expectativa de vida alcanzará los 64 años en el año 2025, mostró que, pese a que los jóvenes nigerianos tienen poca experiencia de convivencia con personas mayores, han desarrollado fuertes estereotipos negativos hacia éstas. La literatura especializada consigna pocas excepciones a estas atribuciones, entre las cuales se destaca un

estudio sobre la percepción que los estudiantes universitarios chinos tenían de los adultos mayores (Tan, Zhang y Fan, 2004), el cual observó que los estudiantes tenían actitudes positivas o neutrales hacia los adultos mayores. Los autores atribuyeron a la cultura local la positiva actitud que tienen los jóvenes hacia los adultos mayores, ya que, de acuerdo con los valores confucionistas, que están en la base de sus premisas culturales, se da especial valor a lo tradicional.

En Chile, el Servicio Nacional para el Adulto Mayor realizó, durante el año 2002, un estudio sobre la imagen de la vejez en los estudiantes de enseñanza secundaria. Para ello, se aplicó una encuesta orientada a conocer la percepción de los jóvenes sobre los adultos mayores. Si bien se observaron algunas tendencias positivas a la hora de evaluar a este grupo, la presencia de estereotipos negativos fue evidente (Informe del Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2002). En una misma línea de investigación, otro estudio llevado a cabo con jóvenes universitarios chilenos reveló una la proyección de una imagen negativa generalizada sobre la vejez. Las personas mayores fueron consideradas, “sexualmente inactivas”, “conservadoras”, “enfermizas”, “frágiles”, “marginadas”, “desvaloradas socialmente” y “dependientes”, entre otros atributos negativos (Arnold Cathalifaud et al., 2007).

En 1968, Robert Butler acuñó el término *ageism*, que en español puede entenderse como “*vejismo*” para hacer referencia a los estereotipos y discriminación hacia las personas simplemente porque son viejas. Así como el racismo y el sexismo se basan en la etnicidad y el género, el “*vejismo*” se construye a partir de la edad de los individuos. Las personas mayores son consideradas rígidas, anticuadas, aburridas, demandantes, feas, sucias e inservibles, entre otros atributos negativos. De esta forma, los jóvenes ven a los viejos como diferentes y difícilmente se identifican con ellos como personas (Butler, 2008), perjudicando con ello su propio envejecimiento.

Las imágenes sociales, cargadas de “*vejismo*” restringen las posibilidades de integración social de las personas mayores, a la vez que no estimulan la preparación personal para enfrentar esta etapa de la vida que, entre otros factores, implica el esfuerzo por mantenerse inserto en diferentes redes sociales.

¿Cómo favorecer la integración social de las personas mayores? Por cierto no se trata de cambiar una visión negativa de la vejez por una imagen idealizada. El envejecimiento conlleva pérdidas, como es el caso de la salud, pero también se caracteriza por su carácter diferencial, al ser una de las etapas del desarrollo humano en la que se observa una mayor diversidad de modos de envejecimiento (Belsky, 2001). Así como hay individuos que envejecen con altos

niveles de dependencia, muchos otros transitan por esta etapa de manera salu-  
dable y con altos índices de satisfacción vital (Pontificia Universidad Católica de  
Chile, Servicio Nacional del Adulto Mayor y Caja de Compensación Los Andes,  
2011). La forma de envejecer asume características propias en cada persona,  
por ello, envejecer no se refiere a “una vejez”, sino a diferentes “vejeces”.

El desafío radica en incorporar una mirada más amplia –no prejuiciada,  
sobre esta etapa de la vida– que reconozca la diversidad del envejecimiento.  
Una visión desprejuiciada (no “*viejista*”) del envejecimiento favorece la inte-  
gración social de los adultos mayores, aumentando así su bienestar y su salud,  
tanto física como mental.

A nivel de políticas públicas, la integración social de los adultos mayores  
a los diferentes sistemas institucionalizados, como el sistema de salud, requiere  
no sólo garantizar su acceso, sino también promover la comunicación de los  
derechos de las personas adultas mayores, aportando de este modo a la dismi-  
nución del trato discriminatorio hacia esta población. En esta misma línea, polí-  
ticas que incentiven a los medios de comunicación –que tienen gran incidencia  
en la construcción de imaginarios sociales– a difundir información actualizada  
sobre la vejez, mostrando en los medios a reales adultos mayores con sus apor-  
tes a la sociedad y a sus cercanos, y en una proporción más ajustada, a lo que  
efectivamente representan en la población, aportaría una visión de la vejez más  
libre de *viejismo* y favorecedora de su integración social.

A nivel familiar y de las redes, la sensibilización de las futuras generacio-  
nes, por ejemplo desde la educación temprana, con las diferentes etapas del  
curso de la vida, favorecería el desarrollo de individuos con una visión más ajus-  
tada a lo que ocurre en el proceso de envejecimiento, más libre de prejuicios y  
de actitudes discriminatorias.

Finalmente, la forma en que cada persona reflexione sobre su propio en-  
vejecimiento, se prepare y viva su vejez, contribuirá a combatir o mantener los  
estereotipos y prejuicios asociados a esta etapa de la vida, cada vez más larga.  
En este sentido, el capital psicológico de los individuos cobra especial impor-  
tancia. Recursos como una adecuada autoestima, expectativas de autoeficacia  
ajustadas a las propias capacidades, afectarán la disposición de las personas  
mayores para generar y mantener las redes sociales que les hagan sentirse  
integrados, satisfechos y, en consecuencia, saludables.

## Referencias bibliográficas

ADELANTADO, Ferrán et al. Los mayores de 85 años en Sabadell. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Barcelona, v. 14, n. 5, p. 271-278, 2004.

ARNOLD CHATALIFAUD, Marcelo; THUMALA, Daniela; URQUIZA, Anahí. La solidaridad en una sociedad individualista. *Revista Theoria*, Chillán (Chile), v. 15, n. 1, p. 9-23, 2006.

\_\_\_\_ et al. La vejez desde la mirada de los jóvenes chilenos. *Última Década*, Valparaíso, v. 15, n. 27, p. 75-93, 2007.

BELSKY, Janet. *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo, 2001.

BUTLER, Robert. *The Longevity Revolution: The Benefits and Challenges of Living a Long Life*. Nueva York: Public Affairs, 2008.

CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE). *El envejecimiento de la población: 1950-2050*. Santiago de Chile: Cepal, 2005. (Boletín Demográfico, 72).

\_\_\_\_. *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: datos e indicadores*. Santiago de Chile: Cepal, 2002.

CHILE. MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL. *Encuesta nacional de caracterización socioeconómica (CASEN): adulto mayor*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social, 2011. [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen\\_obj.php](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen_obj.php). (15 Dic. 2012).

HOLWERDA, Tjalling Jan et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, n. 0, p. 1-8, Dec. 2012. <http://jnnp.bmj.com/content/early/2012/11/06/jnnp-2012-302755.full.pdf+html>. (6 Ago. 2013).

INFORME DEL COMITÉ NACIONAL PARA EL ADULTO MAYOR. *Encuesta Imagen de la Vejez*. Santiago de Chile: Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2002.

LÓPEZ-MORENO, Sergio; CORCHO-BERDUGO, Alexander; LÓPEZ-CERVANTES, Malaquías. La hipótesis de la compresión de la morbilidad: un ejemplo de desarrollo teórico en epidemiología. *Salud Pública de México*, México, D.F., n. 40, p. 442-449, 1998.

MARTINS, Paulo Henrique. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique (org.). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Lappis, 2009. p. 61-89.

OKOYE, Uzoma. Knowledge of aging among secondary school students in South-Eastern Nigeria. *Educational Gerontology*, v. 30, n. 6, p. 481-489, 2004.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (UNFPA). *Envejecimiento en el siglo XXI: una celebración y un desafío*. Resumen ejecutivo. Nueva York: UNFPA, 2012.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE; SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR; CAJA DE COMPENSACIÓN LOS ANDES. *Chile y sus mayores: resultados de la Segunda Encuesta Nacional Calidad de vida en la Vejez (2010)*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011.

POPULATION REFERENTIAL BUREAU (PRB). *World Population Data Sheet*. Washington, D.C.: PRB, 2010. [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf). (3 Oct. 2010).

REITINGER, Elisabeth. *Bedürfnismanagement in der stationären Altenhilfe*. Systemtheoretische Analyse empirischer Evidenzen. Heilderberg: Carl-Auer Verlag, 2006.

ROBLES, Fernando. *El desaliento inesperado de la modernidad*. Molestias, irritaciones y frutos amargos de la sociedad del riesgo. Concepción: RIL, 2000.

TAN, Phillip; ZHANG, Naihua; FAN, Lian. Students' attitudes toward the elderly in the People's Republic of China. *Educational Gerontology*, v. 30, n. 4, p. 305-314, 2004.

UNITED NATIONS (UN). *World population ageing 2009*. Nueva York: United Nations Population Division, 2009. [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf). (5 Mar. 2010).

VIAL, Joaquín. *Desafíos de la transición demográfica en Chile*. Santiago de Chile: Banco Central de Chile, 2013. <http://www.bcentral.cl/politicas/presentaciones/consejeros/pdf/2013/jvr08012013.pdf>. (20 Abr. 2013).

WONG, Rebeca; PALLONI, Alberto. Aging in México and Latin America. In: UHLENBERG, Peter (org.). *International Handbook of Population Aging*. Springer, 2009. p. 231-252.

# O padrão atual do Estado de bem-estar social no Brasil: algumas considerações\*

Lenaura Lobato

A ideia de uma proteção ampliada, baseada em direitos sociais de cidadania, foi inaugurada no Brasil com a Constituição Federal de 1988, como resultado de intensas lutas dos movimentos sociais durante a transição democrática da década de 1980. Hoje, cerca de 25 anos depois, cabe perguntar em que ponto estamos. Esse questionamento vem da constatação de que convivemos com híbridos institucionais no conjunto das políticas sociais no Brasil que nos fazem ter atualmente uma estrutura institucional bastante inovadora e progressista, porém com baixo impacto sobre as desigualdades e baixa qualidade, e incapaz de romper com o padrão tradicional de proteção social fragmentado e segmentado, que reifica privilégios. Com isso, esse aparato institucional, ainda que progressista e inovador, não tem sido suficientemente capaz de alcançar os objetivos para os quais foi criado.

Nesse sentido, cabe perguntar se vamos alcançar os objetivos constitucionais previstos na Carta de 1988, ou se já mudamos de direção. Alguns atores e teóricos defendem uma perspectiva mais incremental de que há um acúmulo positivo na implantação das políticas cujo processo, dada a estrutura pretérita, é bastante conflituoso, e que, paulatinamente, vamos agregando novas mudanças que fortalecem o previsto na Constituição de 1988. Infelizmente, julgo que isso não ocorre; penso que mudamos de rota e que, para alcançarmos os preceitos constitucionais, teremos de recolocar a proteção social na agenda pública e rever as estruturas vigentes.

Do ponto de vista dos avanços, creio que poderíamos falar de duas vertentes de interpretação: 1) a primeira que vê uma mudança bastante importante na concepção da questão social; 2) a outra, que vê uma mudança igualmente importante no aparato político-institucional do Estado Brasileiro (Lobato,

---

\* Versão revista da apresentação na mesa-redonda Estado, Democracia e Políticas Públicas de Saúde na América Latina, durante a Jornada Internacional Pré-ALAS na Saúde (25 e 26 de abril de 2013), patrocinada pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil).

2009). No que tange à primeira vertente, gostaria de destacar três elementos fundamentais, bastante inovadores, e que alteraram profundamente não apenas a estrutura do Estado e das políticas públicas, como também a própria cultura política da sociedade:<sup>1</sup>

- 1) O primeiro diz respeito à *constitucionalização*, à *garantia de direitos*, uma noção que é hoje tão comum e que diz respeito à cidadania, como aponta Fleury (2006). Se fizermos um rápido levantamento nas Constituições brasileiras, veremos que determinados temas vão se alterando, mas é a Constituição Federal de 1988 que incorpora de fato os temas referentes à cidadania e aos direitos sociais. Até 1988, só era considerado “cidadão” a pessoa de nacionalidade brasileira; hoje, a noção de “cidadão” refere-se inequivocamente à incorporação de direitos sociais. Mesmo que esses direitos não sejam respeitados, sabemos que é disso que se fala quando nos referimos à “cidadania”. No campo da saúde, isso é muito claro: hoje não há pessoa que não saiba que o acesso à saúde é um direito. Esse elemento foi espraçado de forma bastante potente.
- 2) O segundo ponto diz respeito à *incorporação à agenda pública de um conjunto de problemas que não eram tratados*, questões como as diversas formas de violência, as juventudes, as orientações sexuais, as etnias, são muitas as questões que jamais fizeram parte das preocupações do Estado, que jamais demandaram políticas públicas, e que foram incorporadas à agenda pública.
- 3) O último ponto diz respeito ao *reconhecimento da produção social dos problemas sociais*: para uma sociedade conservadora como a brasileira, reconhecer que as necessidades sociais estão vinculadas às necessidades geradas pela coletividade, e que os problemas estão vinculados uns aos outros é um avanço bastante importante. Embora não signifique que esses problemas estejam sendo efetivamente enfrentados, é uma condição básica para que se possa avançar nesse caminho. A noção de integralidade, por exemplo, está positivada na

---

<sup>1</sup> De fato, acredito que políticas públicas podem contribuir para mudanças culturais (que obviamente dependem de inúmeros outros fatores). Como exemplo, cito a discussão em torno da redução da maioridade penal: mesmo diante de uma opinião pública favorável, o fato de termos construído o Estatuto da Criança e do Adolescente em 1996 desequilibrou essa concepção conservadora tão solidamente arraigada na sociedade brasileira. Seria possível citar outros casos, como o da violência doméstica, das etnias, da orientação sexual, diversos temas sobre os quais a sociedade vem sendo estimulada a refletir, e a implantação de políticas públicas ajudou esse processo de reflexão.

Constituição Federal como algo importante não apenas para a saúde, mas também para a assistência social, a habitação, as políticas de cidade e de urbanização. Todas essas políticas partem do princípio de que os problemas sociais não são individuais. Pode-se até tratá-los individualmente, mas, do ponto de vista normativo, existe o reconhecimento de que o enfrentamento desses problemas é uma responsabilidade social, dado que eles foram gerados no seio da sociedade.

Além dessas importantes mudanças de concepção no que diz respeito à questão social, também ocorreram transformações no aparato político-institucional por meio do qual o Estado brasileiro busca enfrentar essas questões a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988. Esse aparato organizacional gerou potentes sistemas nacionais, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais recentemente, do Sistema Único da Assistência Social (Suas), que representa uma importante transformação no tratamento dos temas relativos à assistência social, os quais, no Brasil, sempre foram encarados da perspectiva da benemerência, da caridade. Qualquer um poderia fazer assistência social, bastando para isso a sua “boa vontade”. Hoje temos um sistema como poucos países do mundo: integrado, nacional, único, descentralizado e participativo. Uma estrutura importante, em grande parte copiada do SUS. Ou seja, em áreas de proteção social fundamental, para uma sociedade com imensas vulnerabilidades e profundas desigualdades sociais, criamos aparatos institucionais importantes, presentes em todo o país. Interessante ver que no caso do Suas, mesmo que sua criação seja recente, as pessoas que acessam a assistência social já conhecem os Centros de Referência da Assistência Social (Cras) assim como conhecem as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com a criação desses sistemas, nós também criamos burocracias públicas importantes, nacionais, voltadas para a proteção social. Esses sistemas foram criados com base na ideia de democratização, contando com a participação de diferentes níveis de governo, de forma descentralizada e com a participação da sociedade.<sup>2</sup>

Contudo, existem hoje entraves bastante significativos ao desenvolvimento da proteção social. É preciso refletir e buscar estratégias para lidar com esses entraves, pois é provável que as mudanças de direção de que falei anteriormente estejam diretamente relacionadas a esses problemas.

---

<sup>2</sup> Ainda que a questão da participação nem sempre seja valorizada, é um tema difundido, estimulado e recomendado nas grandes democracias tradicionais, que contam com sistemas de proteção sólidos, mas que não incorporaram a participação, como ocorreu no caso brasileiro, com os conselhos de políticas.

Um desses entraves diz respeito ao tema do *subfinanciamento*, situação que é hoje bastante grave em relação à redução dos recursos, não apenas para a saúde, mas também para a educação, a assistência, a habitação (áreas fundamentais para que se possa pensar em um efetivo sistema de proteção social). No caso da saúde, temos uma situação “esquizofrênica”: somos o único país do mundo com um sistema único, público e universal, em que os gastos com o sistema privado ultrapassam os 50% do total de recursos gastos em saúde (Ugá et al., 2012), e grande parte desse recurso é utilizada para a compra de medicamentos cujo acesso teoricamente é garantido em lei. Já no caso da assistência social, observa-se a construção de um sistema igualmente único e potente, mas sem dinheiro, uma vez que grande parte dos recursos está dirigido aos benefícios, sobretudo o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Do total de recursos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), mais de 90% se destina ao pagamento de benefícios, e menos de 10% são investidos nos serviços propriamente ditos. Esse subfinanciamento se repete na educação, refletindo na baixa escolaridade e na baixíssima qualidade de ensino, e mais ainda na habitação, que apesar dos programas recentes de financiamento para as camadas médias, é inacessível para as classes populares.

Em paralelo ao problema do subfinanciamento, temos uma expansão do *investimento de recursos públicos no setor privado*, que é outra situação bastante grave. Parece que esse tipo de dinâmica foi definitivamente institucionalizado. Trata-se de um problema relacionado à própria estrutura governamental (e isso vem desde a Constituição Federal de 1988) e que se agrava diante dos problemas fiscais enfrentados pelos municípios (sobretudo a Lei de Responsabilidade Fiscal), que restringe os gastos com pessoal. Como construir um sistema público de saúde ou de assistência social sem recursos humanos, sem pessoal qualificado e minimamente estável?

Na área de saúde, a estratégia dos municípios tem sido a contratação de empresas, as chamadas “organizações sociais” (OS), que terceirizam a contratação de trabalhadores, muitas vezes sem concurso público, em regimes de contratação diferenciados do sistema público tradicional. Nós ainda não temos estudos que demonstrem qual é a situação nacional, mas ela parece ser grave, ao menos no Rio de Janeiro, São Paulo e em alguns outros estados. O setor privado hoje defende inteiramente o SUS, porque, se antes o SUS podia representar uma ameaça por ser público, hoje ele financia o setor privado, e não mais apenas por meio de subsídios e compra direta de serviços, mas também

pelo repasse de unidades públicas para a administração privada. E essa definitivamente não foi a proposta desenhada na Constituição de 1988.

Outro entrave importante diz respeito à *fragmentação das políticas públicas*: há certo furor regulatório e programático em praticamente todas as áreas da gestão pública federal que se materializa na criação de um sem-número de programas, aos quais são vinculados os repasses de recursos aos municípios. Claro que há programas muito bons, bem concebidos, muitas vezes avançados, mas para os quais não são criadas condições de sustentação e acompanhamento autônomo da parte dos municípios. O que ocorre então? O nível municipal faz, na saúde e na assistência social, uma mera reprodução das estruturas setoriais no nível federal, pois isso facilita a obtenção de recursos, bem como o acompanhamento dos procedimentos burocráticos necessários ao recebimento de determinados incentivos. Com isso, não se realiza algo importante, que poderia ocorrer no âmbito municipal: a articulação intersetorial das políticas, com vistas à produção da integralidade. De que adianta afirmar um conceito ampliado de saúde se, no nível municipal, não há diálogo com a educação e com a assistência social? Essa articulação, absolutamente necessária, torna-se muito difícil diante do enorme investimento de tempo necessário à gestão de uma grande quantidade de programas, cada qual com seus prazos, objetivos, demandas e recursos específicos. Assim, a responsabilidade pela articulação entre as políticas fica nas mãos dos trabalhadores da ponta, mas a estrutura institucional encontra-se setorializada e, dentro de cada setor, fragmentada em uma série de pequenos programas que dificilmente conversam entre si.

Outro aspecto diz respeito ao fato de termos hoje tantos *programas focados na população de baixa renda*: se, por um lado, é fundamental que se trate a população pobre de modo diferenciado (princípio da equidade), por outro, essa concentração de atividades e programas focais pode reforçar seu lugar de vulnerabilidade, na medida em que são programas muitas vezes limitados em sua capacidade de promover a integração efetiva desses segmentos: são pulverizados, têm baixa cobertura e exigem testes de meios que criam várias segmentações sobrepostas, separando mais do que integrando os pobres e o conjunto da população. Seria possível aqui listar uma série de exemplos de programas extremamente bem intencionados, mas que acabam reforçando o lugar de exclusão de seus beneficiários. Serviços de baixa qualidade, com baixa cobertura de serviços, e limitados por problemas de financiamento geram baixo impacto nas condições de desigualdade social. A desigualdade tem dimi-

núido, mas as transferências têm lugar menos importante nessa redução, e as desigualdades em saúde e educação persistem.

O que temos então? Temos uma universalização que é bastante incompleta e direitos que não são exigíveis, que escorregam por entre os dedos. É por isso que existe hoje uma “judicialização dos direitos”, ou seja, você tem direitos, mas é preciso buscá-los por meio da justiça, porque as políticas públicas não consegue garanti-los efetiva e cotidianamente. Por isso, acho que podemos falar de um redirecionamento dos objetivos traçados em 1988. Não é possível afirmar que é aquele modelo de proteção social preconizado pela Constituição Federal. Já mudamos de caminho.

Gostaria de levantar alguns elementos que podem nos ajudar a entender esse processo. Em primeiro lugar, nós construímos um modelo de bem-estar no Brasil que, diferentemente dos modelos tradicionais emergentes nos países centrais, não esteve vinculado a uma necessidade econômica forte. O surgimento do nosso modelo está vinculado à democratização, à necessidade de integração, ao reconhecimento de direitos e ao fortalecimento da cidadania, mas com uma frágil sustentação econômica. Nós não alteramos nossa estrutura econômica para criar um Estado de bem-estar social, capaz de associar direitos sociais, justiça social e economia, como num capitalismo do tipo socialdemocrata. Não fizemos isto. Permanecemos num tipo de capitalismo mais tradicional, tardio, que caracteriza o nosso caso, e criamos sistemas de direitos em paralelo. Essa é, provavelmente, uma das razões para que tenhamos hoje uma situação tão precária. E a sustentação política que garantiu a emergência desse modelo não se manteve após a Constituição de 1988.<sup>3</sup>

Outro elemento importante é a regulação do setor privado, que é outra característica fundamental do Estado de bem-estar social. Quando se consegue produzir uma regulação extensiva do setor privado, torna-se possível priorizar a lógica pública. Não é esse o caso brasileiro: no caso da saúde e da educação, o que temos é um crescimento significativo do setor privado, muitas vezes a expensas do público.

Em terceiro lugar, no que diz respeito à burocracia, falta-lhe autonomia em relação aos governos, e isso está muito vinculado às estruturas locais, aos inte-

---

<sup>3</sup>No momento em que faço a revisão desta apresentação, o Brasil é tomado por manifestações intensas nas ruas, que cobram exatamente direitos sociais de transporte, saúde, educação, entre outras inúmeras demandas, e reclamam dos governantes sua ineficácia em garanti-los. Como a explosão dessas manifestações tomou de surpresa toda a sociedade, não se sabe ainda que rumo elas tomarão. Mas pode ser, espera-se, em uma nova direção política a favor dos direitos sociais e da cidadania social real.

resses locais, muitas vezes clientelistas, partidários e gera problemas sérios com respeito à condução das políticas, dirigidas muitas vezes de modo personalista.

Um quarto elemento refere-se ao fato de que, concomitantemente a todos esses problemas, não temos em nosso país uma cultura favorável ao Estado de bem-estar social. Difundiu-se no Brasil a ideia de direito social, mas não trabalhamos na perspectiva de que esses direitos devem estar ligados a um projeto nacional. É como se a proteção social operasse como um apêndice, e estivesse desvinculada de um projeto de nação, daquilo que nós reconhecemos como nacionalidade. Assim, tudo o que temos são direitos setoriais dispersos, sem unidade, fragmentados, que jamais se constituem como elementos de um projeto cujo objetivo fosse alterar, de fato, o cerne do modelo social e econômico. Na comparação com outras experiências nacionais, temos uma baixa mobilização do Estado em favor do bem-estar. Aqui, nos limitamos à criação de estruturas setoriais, que não estão integradas a um projeto nacional.

O último elemento que merece destaque no que diz respeito à participação política, é de que há hoje uma “asepsia” dos movimentos sociais, o que alguns tratam inclusive como “estatização” desses movimentos, dada a estreita relação de boa parte deles com o Partido do Trabalhadores (PT), partido no poder desde 2003. A participação social foi um salto importante, e a maioria das políticas sociais tem instâncias consolidadas de participação, mas em grande parte dos casos, os conselhos são meros apêndices dos governos locais, ou resumem-se a disputas infrutíferas com esses governos, que não respeitam as suas deliberações. O mesmo ocorre em grande medida com as conferências, instâncias de formulação de políticas, que não têm suas propostas assumidas pelos governos. O divórcio entre o vigor dessa participação e a condução dos governos tem levado à avaliação, cada vez mais comum, de que as instâncias de participação são importantes, mas “não funcionam”.

Por fim, seria importante apontar alguns desafios. Inicialmente, destaca-se que as políticas sociais, como previstas na Constituição, são parte de um projeto de democracia social e precisam ser oxigenadas por um processo de aprofundamento da democracia e pela retomada do projeto de um Estado de bem-estar social. Não se pode pensar na saúde de forma isolada. A Reforma Sanitária era um projeto civilizatório, e não visava apenas à construção de um sistema de saúde. O SUS deve fazer parte de um projeto de sociedade, e hoje, mais do que nunca, vê-se que para ele avançar é preciso retomar o projeto de justiça social como cerne da cidadania.

O segundo desafio que deve ser enfrentado é o de repensar os modelos atuais de participação e controle social, pensar em como podemos aprofundar a participação. Avançou-se muito, é verdade, mas há problemas na própria estrutura dos conselhos, no modo como funcionam, nas dinâmicas de escolha dos representantes. Se nos dedicarmos a uma maior reflexão sobre essas estruturas, talvez consigamos melhorar esse sistema de representação. No caso da saúde, uma iniciativa urgente, e em alguma medida defendida, mas também “temida”, é a expansão de conselhos para todas as unidades de saúde.

Em terceiro lugar, do ponto de vista acadêmico, e falo aqui para estudantes, é preciso sair das análises específicas e setoriais e pensar as políticas sociais em seu conjunto, com base nas necessidades da população em seus territórios. As ciências sociais ajudam muito nesse sentido, contribuindo para que se pense cada política setorial articulada a outras áreas. Atenção especial deve ser dada à dimensão regional e metropolitana dessas políticas, e não só a análises específicas de municípios, como é muito comum em nossos estudos. As necessidades sociais não se restringem aos limites dos governos locais, nem as suas soluções. A descentralização das políticas sociais não pode representar a exclusividade dos governos locais nem na responsabilidade, nem na definição de alternativas de políticas. É preciso também aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos de relacionamento entre o setor público e o privado nas áreas sociais. Como funcionam os orçamentos, contratos, preços, serviços? Quem presta esses serviços e como são contratados? Precisamos avançar na compreensão desse tema, pois só assim poderemos ter acesso à real dimensão desse problema e apontar soluções políticas e técnicas.

## Referências bibliográficas

FLEURY, Sonia. Democracia, descentralização e desenvolvimento. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. V. 1, p. 23-75.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 721-730, 2009.

UGÁ, Maria Alicia D.; PORTO, Silvia Marta. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz–Cebes, 2012.

# Debate da mesa-redonda “Estado, democracia e políticas públicas de saúde na América Latina”

Coordenação: Paulo Henrique Martins

**Paulo Henrique Martins** – De certa forma, todas as contribuições trazidas pelos colegas da mesa se complementam, especialmente no que tange ao reconhecimento de certa precariedade, de alguns avanços e de uma lacuna que precisa ser superada – em outras palavras, o que é, o que deveria ser e o que está sendo. Percebe-se que essa tensão atravessa a abordagem de cada uma dos expositores. E talvez ela seja uma condição do pensar a saúde na contemporaneidade.

Marcelo Arnold Cathalifaud, que é uma das referências sobre sistemas complexos na América Latina, traz uma discussão sobre a importância dessas teorias para a ampliação da integralidade no atendimento em saúde. Com base nesse referencial, aborda questões referentes ao tema do simbólico, da política e das redes de apoio.

Já Daniela Thumala nos convida a repensar a sociedade civil e as redes sociais na ampliação da cidadania. É uma visão mais complexa e implica também a ampliação da compreensão

sobre o que é cidadania. Ela faz uma reflexão fantástica, dado que o envelhecimento abre uma discussão sobre cidadania que não é contemplada na visão republicana de cidadania, posto que ela não atenta para o problema das identidades, resumindo-se à tensão entre direitos públicos e privados de atores coletivos (as classes sociais e os movimentos sociais correspondentes). No entanto, questões geracionais e do envelhecimento abrem novas discussões sobre o ser humano que ampliam o olhar na direção da complexidade. Não é mais possível resumir toda essa problemática a uma questão de luta política, embora ela seja fundamental. Há também questões quanto a um entendimento mais complexo de mundo. Não é que nos faltasse um olhar mais complexo, mas sim que a complexificação do mundo passa a nos exigir olhares mais complexos. Temos, portanto, o desafio de entender o mundo em que vivemos hoje de um modo diferente e de conseguir articular a luta no campo da ação política com a luta no campo da ciência.

Lenaura Lobato, por fim, nos traz toda uma ampliação reflexiva em torno da questão dos direitos e do poder constitucional. Houve uma época em que a esquerda achava que a reflexão constitucional era um problema dos liberais, mas não, a reflexão sobre a Constituição é fundamental. O caso boliviano demonstra isso, por exemplo, com a inclusão dos direitos da natureza em sua Carta Magna. A Constituição de um país é, sim, um marco não apenas jurídico, mas interpretativo para uma determinada sociedade, sendo, portanto, fundamental para os avanços das lutas coletivas. O que não significa, dizer, é óbvio, que isso basta, e Lenaura Lobato o mostra, visto que a nossa Constituição Federal garante algumas conquistas que não ocorrem assim no cotidiano da vida, pois existem lógicas de poder que impedem todas as boas intenções firmadas no texto constitucional. O tema da descentralização política, por exemplo, que deveria assegurar maior participação local nas decisões, é frustrado pelos poderes oligárquicos localizados. Cada vez que se tenta implantar algo novo, vem algo velho e sabota. O reconhecimento de precariedades no nível dos direitos, e também do conhecimento científico, nos coloca desafios.

Com isso, eu gostaria de colocar algumas questões específicas. Para

Marcelo Arnold Cathalifaud, eu pergunto como ele vê, com base em uma perspectiva complexa, a renovação do papel do sistema político e do Estado na produção de uma visão sistêmica de sociedade. Como ficam os desafios estatais para a implantação de modelos complexos de gestão de sistemas nacionais de saúde? Outra questão é a de se uma visão sistêmica mais complexa implica maior inclusão e menor exclusão, ou se essa dinâmica sempre se reproduz em outros níveis? Por fim, como entra a democracia nessa questão? A participação democrática pode ser considerada um símbolo de ampliação da complexidade? A ampliação da participação implica inclusão, ou não necessariamente?

Sobre Daniela Thumala, eu gostaria de dizer aos presentes que, para além de sua trajetória acadêmica, ela desenvolve um importante ativismo por meio da Fundación Soles,<sup>1</sup> que tem produzido uma série de publicações interessantes e todo um trabalho social no Chile. Além disso, Daniela também desenvolve um trabalho clínico importante em torno do tema do envelhecimento. Assim, levando em conta todas essas dimensões, pergunto a Daniela Thumala como a clínica pode ajudar a liberar os indivíduos do sofrimento gerado pelo envelhecimento, apontando para a formação de novas solidariedades? A

<sup>1</sup> Ver: <http://www.fundacionsoles.cl>.

clínica permite apontar tais caminhos, tais reflexões ou ela se resume às reflexões sobre a formação dos indivíduos, liberando, no máximo, os pequenos sofrimentos, como diria Freud, ou ela pode nos ajudar em nossa liberação como sujeitos sociais na construção da ordem coletiva? Essa me parece uma discussão importante, quando pensamos não apenas sobre o envelhecimento, mas também acerca das organizações sociais. Sobre isso, eu queria perguntar ainda o que as organizações da sociedade civil podem fazer neste momento para ajudar na formação de redes de sociabilidade, em face do problema de desinstalação de redes, especialmente no que tange aos idosos?

No que se refere à discussão trazida por Lenaura Lobato, há algo que me intriga muito: é verdade que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem várias dificuldades, mas também é verdade que o SUS, e a Constituição Federal de 1988 como um todo, representam inovações nas lógicas tradicionais de organização da saúde pública no Brasil. De um lado, uma visão protecionista e assistencialista à saúde, como parte de uma perspectiva bastante tradicional e conservadora de desenvolvimento, que tem pouco a ver com o mercado e muito a ver com a burocracia, com uma tentativa de organizar uma nação formada por classes pobres e

incompetentes, preguiçosas, de índios e negros, populações sobre as quais o Estado deve intervir para organizar, combatendo a doença, sobretudo, por meio de especialistas. Essa era a visão antes do SUS, e é essa a visão que segue sendo financiada quando os recursos do SUS chegam aos municípios e são apropriados pelos detentores do poder oligárquico. No entanto, há outra visão, demarcada pelo mercado de trabalho: desenvolvimento urbano e industrial, formação da classe trabalhadora, cotização e plano de saúde – aqui não estamos falando de uma população desassistida, mas sim de trabalhadores assalariados. O SUS, porém, nos fala de socialdemocracia: proteção social e direitos universais. Nem populações desassistidas, nem plano de saúde para trabalhadores assalariados, mas direitos universais para todos. Eu gostaria que Lenaura Lobato fizesse esse balanço, pois por trás desses avanços políticos significativos trazidos pelo SUS, está o movimento sanitário, e eu gostaria de perguntar onde está o movimento sanitário hoje? Ele foi todo absorvido pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais, ou o grande número de sanitários que existe hoje no Estado e no sistema acadêmico continua a reproduzir a chama do movimento da Reforma Sanitária, com sua capacidade de trazer tudo o que se trouxe aqui como novas perspectivas e novos desafios, para que possam ser

finalmente implantados pelos quadros do movimento que atuam no interior da estrutura estatal?

**Marcelo Arnold Cathalifaud** – As perguntas que Paulo Henrique Martins endereça a mim são complexas, assim como aquelas que ele destina às minhas colegas. Eu creio que a modernidade, que a sociedade contemporânea, nos traz muitas más notícias. Uma delas é que não podemos mais fazer o que fazíamos antes. E, juntamente com isto, não podemos mais pensar a sociedade como pensávamos antes. A modernidade avançada, ou isso que chamamos de sociedade contemporânea em sua complexidade, trouxe-nos situações e contextos inesperados ante os quais não podemos mais recorrer às ferramentas tradicionais. Esse feito tem nos impulsionado a repensar a sociedade. E creio que nesse “repensar a sociedade” nossas teorias sobre a sociedade avançaram de modo relativamente rápido. Não as concebemos mais, por exemplo, como estruturas hierárquicas comandadas por apenas um fator, por apenas um único ponto. Hoje, temos clareza a respeito do que significam a heterogeneidade, a descentralização do mundo, os intensos processos de diferenciação social e de que não há mais um eixo hegemônico capaz de dar à sociedade um lugar inequívoco.

As teorias, enfim, ilustram muito bem tudo isso. Contudo, seguimos

em déficit quando articulamos esses dois elementos muito importantes apontados por Paulo Henrique: os nossos métodos para entender o mundo e os nossos métodos para transformar o mundo. Podemos pensar como é a sociedade como fizeram os físicos a respeito dos buracos negros, mas no que tange à nossa capacidade de elaborar propostas concretas para este mesmo mundo encontramos-nos em um estágio muito precário e elementar. Essa é a má notícia.

A boa notícia, por sua vez, é que nos damos conta disto! Falta-nos desenvolver conceitos e programas, por exemplo, para melhor entender o que ocorre com a política na sociedade contemporânea. No contexto contemporâneo, a política, em suas formas tradicionais, tem cada vez mais perdido espaço. Suas capacidades para assumir o controle da sociedade são muito mais modestas. De modo geral, e com base em seus dispositivos políticos, nossos governos controlam certamente muitas coisas. Contudo, certamente não controlam a maior parte das coisas realmente importantes. No cenário internacional do comércio, do direito, das ciências, das religiões, os governos têm controle de uma esfera bastante limitada. Em nível local, os governos igualmente sofrem diante de uma imensa variedade de debates internos, porque a própria diferencia-

ção da sociedade se expressa nesse nível. Hoje em dia, a política não se resume à representação dos parlamentares e de seus partidos políticos: é isso e muitíssimo mais! A própria política se está repensando. Nesse sentido, fazer exigências à política relativas ao “controle” e à “regulação” da sociedade é, sem dúvida, um tanto excessivo, ao menos no contexto da contemporaneidade. Hoje em dia, as únicas transformações que a política tradicional consegue sustentar dizem respeito aos seus ritos eleitorais.

Sendo assim, e diante da expansão da complexidade da política, e de sua própria incapacidade de lidar com questões que antes eram tratadas de modo minimamente satisfatório, percebem-se consequências sobre a própria democracia e sua expansão. A incapacidade da política em absorver a democracia em toda a sua radicalidade reduz a política às suas formas mais exteriores, mais superficiais. Afinal, a democracia não surgiu, como ideia, do modo como a estamos pensando atualmente, mas fundamentalmente como a possibilidade de grupos muito reduzidos da sociedade de garantir a sua própria hegemonia – ou seja, como uma construção “aristocrática”, de poucos. Hoje em dia, no entanto, entende-se a democracia como uma construção de muitos, fragmentados não apenas em indivíduos, mas também em contextos históricos distintos,

em situações etc. Do ponto de vista de suas posições políticas, as pessoas são uma coisa em um determinado momento, e podem muito bem ser outras coisas em situações posteriores. Com isso, a política entra em uma espiral de complexidade que a posiciona como insuficiente em sua própria ação.

Não me animaria a dizer o que poderá suceder a tudo isso; tenho apenas a possibilidade teórica de observar o que está ocorrendo. Com base nessa observação superficial, creio ser possível dizer que a política não permanece impassível ante todas as mudanças que se percebem na sociedade contemporânea: ela desenvolve programas, tenta controlar o incontrolável e continua controlando aquilo que pode ser controlado.<sup>2</sup> A teoria nos ilumina muito, mas carecemos da possibilidade de elaborar programas de ação. A respeito disso, ainda temos muito que caminhar.

Quanto à inclusão e à exclusão, são dimensões que se desenvolvem mutuamente. Só se pode excluir àquilo que pode ser incluído, e só se percebe a inclusão, quando há exclusão. Inclusão e exclusão não são elementos da natureza, não são objetos dados, mas um código para observar certas dinâmicas sociais. Trata-se de um progra-

---

<sup>2</sup> Fundamentalmente, a burocracia e os indicadores mais tradicionais, isso os sistemas políticos de gestão pública continuam fazendo com alguma qualidade, ainda que frequentemente costumem perder de vista o contexto.

ma de observação, e, como programa, não se esgota nunca, ou seja, nunca há exclusão total, assim como nunca há inclusão total. Em outras palavras, se observamos as dinâmicas de integração social em termos genéricos na sociedade contemporânea, sempre vamos ver como os jogos de inclusão e exclusão se movimentam. A única possibilidade de resolver por completo essa equação, eliminando totalmente a exclusão, é eliminando o seu contrário, ou seja, a inclusão. Uma sociedade que não inclui, não exclui, assim como uma sociedade que não exclui, não inclui. E aí entramos na ficção – certamente Jorge Luis Borges poderia ter escrito algo a respeito disso. Portanto, nosso problema com as dinâmicas de inclusão/exclusão não é, decididamente, um problema concreto, mas um problema de observação.

No entanto, por que são tão importantes as pesquisas realizadas em torno do tema das dinâmicas de inclusão/exclusão? Sobre isso, creio que a exposição de Daniela Thumala demonstra o quanto esse código nos permite elaborar propostas, formular indicadores e metas, entender níveis e apreender a heterogeneidade da sociedade. Afinal, os temas relacionados às lógicas de inclusão/exclusão não se resumem à dimensão socioeconômica, mas se movem em toda a complexidade da sociedade, incluídos na saúde, mas excluídos da família; incluídos no trabalho, mas excluídos da felicidade.

Talvez nisso resida toda a força desse código binário: ele se apresenta como um “possível método” para observar a sociedade contemporânea mediante um código tão preciso quanto “estou” e “não estou”. Portanto, não resta dúvida, é um recurso poderoso.

Por fim, quero dizer que concordo com o que foi dito sobre o tema da precariedade, que é fundamentalmente social, mas obviamente não é apenas isso. Creio, por exemplo, que um de nossos grandes déficits diz respeito à *precariedade cognitiva*, e especialmente para compreender a sociedade contemporânea, o que nos leva muitas vezes a simplesmente repetir as mesmas soluções, que nos conduzem sempre aos mesmos efeitos. Assim, é óbvio que não teremos mudanças.

**Daniela Thumala** – Não é uma pergunta simples a que Paulo Henrique Martins me faz. Na verdade, ela estimula uma reflexão bastante contundente. Espero que possa ao menos inspirar-me na imagem do elefante<sup>3</sup>

<sup>3</sup> A imagem do elefante remeteu à crítica da visão especializada que descreve um elefante por suas partes, sem considerar a complexidade do todo. Marcelo Arnold Cathalifaud faz uma analogia com a saúde ao referir que esse tema pode parecer muito especializado quando, na verdade, ele envolve a sociedade em seu conjunto. A saúde, de um ponto de vista especializado, pode ser um tema exclusivo das instituições médicas, com seus hospitais e clínicas, porém esse tema também está relacionado com as políticas de saúde, com as redes de apoio, com a educação sanitária, com o cuidado das pessoas etc.

que nos foi trazida por Marcelo Arnold Cathalifaud, para com isso esboçar algumas considerações, ao menos sobre certas dimensões do problema.

Quando Paulo Henrique Martins me questiona a respeito da clínica, das terapias no âmbito da psicologia, indagando o quanto essas práticas podem contribuir para liberar as pessoas mais velhas, quiçá contribuindo para que elas se tornem sujeitos mais ativos, eu penso inicialmente na própria ideia de “liberação”. Se por “liberar” nós entendemos algo como “sacudir” as ideias que nos restringem e limitam as nossas possibilidades de integração social, a exemplo desse conjunto de estereótipos e preconceitos, e até mesmo de atos discriminatórios dirigidos aos mais velhos, eu creio que a clínica pode ser uma aposta nesse sentido. Porém, quando falamos em “sacudir” ideias que nos restringem a visão sobre o que é a velhice, não estamos tampouco na linha de pensar que o contrário a esse conjunto de estereótipos negativos seria aquilo que pode ser chamado de “velhismo” (*age-ism*) (Butler, 1969) e que corresponde a passagem de uma visão estereotipada da velhice para uma visão idealizada e infantil, que apontaria para uma perspectiva de que a velhice é maravilhosa, de que não há doenças, nem decrepitude. Isso seria cair no absurdo oposto. O que reivindicamos é a passagem de uma visão

reducionista acerca do envelhecimento que o iguala à deterioração física e biológica para uma visão que recorra à complexidade do que é justamente esse processo de envelhecer e que permita reconhecer algo que caracteriza a psicologia do desenvolvimento, que diz respeito ao fato de que é justamente nas etapas mais tardias da vida que aparece maior diversidade. Afinal, duas crianças pequenas se parecem muito mais entre si do que dois jovens de 15 anos, assim como dois velhos de 70 anos possuem uma probabilidade muito maior de serem pessoas totalmente diferentes uma da outra. Um deles, por exemplo, pode estar com Alzheimer, enquanto o outro pode estar casando novamente e saindo para viajar, ou pode estar abrindo um negócio ou estar voltando a estudar! A diversidade, na velhice, é enorme, mas, curiosamente, não é isso que habita o imaginário, e sim a ideia de que os velhos estão todos no mesmo saco (e um saco bastante negativo, diga-se de passagem).

Então, se pensamos em liberarmos-nos dessas ideias que nos restringem, a clínica pode trazer algumas contribuições. Inicialmente, já se pode dizer que o simples fato de haver uma “clínica para velhos” revela a existência de algo diferente – uma coisa nova, mas não tão nova, e o que tenho ouvido de muitos colegas psicólogos é que uma terapia para pessoas mais

velhas seria algo como uma “terapia de apoio”. Eu confesso que fico me perguntando o que poderia ser isso que chamam de “terapia de apoio” – às vezes penso que é algo como fazer carinho nos velhos... Outra coisa curiosa é a ideia de que as pessoas mais velhas são incapazes de mudar. “Ninguém mais muda depois de velho”, é o que se diz. E isso é parte da mitologia que criamos a respeito dos velhos. Um colega certa vez me perguntou se a sua mãe podia fazer psicoterapia, perguntando também se é possível que uma pessoa se modifique depois dos 60 anos, e eu tentei lhe dizer que as possibilidades de transformação têm muito mais a ver com os recursos de que uma pessoa dispõe, do que com sua idade.

Por outra parte, o fato de que surjam intervenções do Estado à medida que as pessoas vão envelhecendo informa-nos algo diferente, e isso contribui para ampliar nosso olhar para além das perspectivas tradicionais sobre o envelhecimento. E essas novidades também ocorrem na psicoterapia, ao encontrarmos pessoas idosas e totalmente lúcidas, autônomas. Lembro de uma senhora que se questionava quanto à sua autonomia em decidir se devia viver só ou com os seus filhos. Não havia nenhum motivo para que outras pessoas tomassem essa decisão por ela, mas já está tão interiorizado pelas próprias pessoas a ideia de que

os velhos são sujeitos de segunda categoria, que parecia natural que a decisão sobre viver só ou não fosse tomada por seus filhos, e não por ela mesma.

Questionar ideias como essa em ambiente terapêutico é algo que, com certeza, ajuda a ampliar a autonomia das pessoas mais velhas, porém não é possível fazer um trabalho em psicoterapia sem observar o contexto, como se o cenário se desse no interior de uma caixa. O cuidado em saúde mental vai muito além de uma mera conversa com os pacientes e suas famílias em uma consulta. Numa perspectiva sistêmica, o que ocorre com uma pessoa mais velha tem a ver com o que ocorre com suas redes de interações. Sendo assim, um trabalho terapêutico com essas pessoas deve incluir suas famílias, e se possível todas as demais pessoas com quem se estabeleçam interações importantes. E se ampliamos um pouco mais o nosso olhar, podemos pensar que as intervenções em saúde mental que tenham por objetivo liberar as pessoas das ideias que as restringem também podem ocorrer no nível das organizações. E, nesse sentido, as organizações sociais passam a ter um papel relevante. Há muitas organizações de pessoas idosas, e também organizações que trabalham com pessoas mais velhas, mas que, muitas vezes,

operam de perspectivas igualmente estereotipadas, preconceituosas.

Lembro de um seminário em que participei recentemente. Nele, uma senhora pediu a palavra para dizer que estava cansada de participar de concursos de rainhas organizados para idosas. E claro que ela foi aplaudida, mas talvez nem todos tenham percebido a amplitude do que ela estava dizendo, e que poderia ser resumido assim: “Não queremos que os espaços destinados aos mais velhos sejam uma espécie de jardim de infância!”. Ou seja, não bastam organizações que trabalhem com os mais velhos: é preciso questionar com base em que ideias realizam os trabalhos que fazem. Nesse sentido, aquilo que é produzido no âmbito dessas organizações pode muito bem comunicar visões distintas e mais amplas a respeito da velhice, talvez contribuindo para mudanças de paradigmas.

Entretanto, enquanto seguirmos imersos em formas de comunicar a velhice construídas no contexto de uma cultura antienvelhecimento (*anti-aging*), tudo o que seja relativo à velhice será considerado inferior ou fora de moda, e, conseqüentemente, desvalorizado. E isso tem a ver com nossas crenças e preconceitos a respeito da velhice. Frases como “O importante não é como você se vê por fora, mas manter-se jovem internamente” são, obviamente, uma espé-

cie de desonestidade intelectual (ou como se poderia dizer em espanhol, *una tremenda trampa!*). A desonestidade consiste em dizer que por fora as pessoas podem me ver velha (e portanto mal), mas isso não importa desde que por dentro eu esteja jovem (e portanto bem).

Por que não falar de um envelhecer saudável? De sermos velhos saudáveis? Isso tudo tem a ver com o que temos falado a respeito dos processos de envelhecimento, tudo o que temos dito acerca da velhice. Enquanto houver, em nossa comunicação social, o predomínio de “ideias velhistas” não haverá psicoterapia capaz de construir muita coisa. Por isso, quando eu falava das políticas públicas, afirmei que mais do que programas destinados a assistir nossos velhos, o que precisamos é investir em programas capazes de incidir sobre os mecanismos que determinam processos de inclusão ou exclusão simbólica. Incidir, ainda, nos modos de se comunicar a velhice e, finalmente, na construção social que temos da velhice. Enquanto continuarmos a reproduzir nossas formas atuais de comunicação da velhice, enquanto insistirmos no fortalecimento de uma cultura *anti-aging*, que posiciona um velho saudável como aquele de quem não se nota sua velhice, será muito difícil investir em redes de pertencimento, será muito difícil investir em saúde mental.

**Lenaura Lobato** – Foi muito boa a forma com Paulo Henrique Martins reorganizou uma das questões que formulei. De fato, o SUS e a Constituição Federal buscaram mudar o padrão tradicional fragmentado de uma assistência previdenciária para os trabalhadores do mercado formal e de outra assistência pública limitada e precária para o restante da população. E talvez essa seja a primeira coisa a ser dita sobre esse processo: o quanto ele foi vitorioso. Quando vemos os relatos dos atores do movimento sanitário da época, o que vemos é que isso não caiu do céu. Esse sistema foi duramente conquistado. Houve uma importante oportunidade na época da Constituição. Sonia Fleury (2006) menciona que, na Assembleia Constituinte, quando se apresentou o projeto do SUS, os deputados perguntavam de onde aquilo havia sido tirado. Ele estava sendo construído há vinte anos. Ou seja, havia um movimento anterior, que começou na década de 1960, e que vinha construindo essa proposta ao longo do tempo. Ela não saiu do nada. Foi uma proposta construída política e academicamente, bem como no movimento social. Sarah Escorel afirma que essa é uma construção de muitos braços: dos sindicatos, dos movimentos sociais, da academia... O projeto do SUS não nasceu do nada, nem foi um deputado constituinte que desenvolveu esse

projeto, sentado em seu gabinete. Houve um movimento social muito forte para a presença dessa proposta de construção de um sistema público universal, no meio do nada, ou seja, do seio de uma sociedade extremamente hierarquizada.

No entanto, é preciso que se diga, a hierarquização e a fragmentação persistem dentro do sistema, em tensão. Dentro do SUS, e de outros sistemas também. É curioso perceber, por exemplo, que o SUS avança enormemente em áreas nas quais temos alguma tradição, como é o caso das campanhas de vacinação. Nas áreas em que temos maior tradição de segmentação, continuamos sem conseguir grandes avanços, não conseguimos quebrar dinâmicas historicamente constituídas.

Em 2008, houve um importante seminário para a retomada do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), pois víamos que o movimento sanitário precisava de um estímulo. O seminário foi realizado dentro do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo – um hospital privado, extremamente importante e conhecido, de ponta, responsável pelo atendimento de nossos presidentes. O seminário foi feito em conjunto com o setor privado, e qual não foi a nossa surpresa em perceber que esse setor, hoje, é absolutamente a favor do SUS, coisa que não ocorria naquele mo-

mento de construção do SUS, entre a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Assembleia Nacional Constituinte (1988). Naquele período, as lutas, especialmente com o Centrão, nome pela qual ficou conhecido o grupo de constituintes conservadores, foram intensas. Hoje, esses mesmos setores fazem apresentações de *slides* dizendo que o SUS é uma beleza. E isso ocorre porque o SUS está sendo capturado por esses setores. É preciso estar alerta e denunciar esses processos todos os dias. Onde é que o SUS funciona muito bem? Na alta complexidade, área em que os custos são muito mais elevados. E quem presta serviços de alta complexidade? É o setor privado. No entanto, quando você vai nas emergências, nas filas de atendimento, você vê que as coisas não são bem assim... Essa tensão, que é uma tensão cultural e econômica, interessa ao setor privado – o que está bem, pois, afinal de contas, eles estão fazendo o papel deles. O problema é o Estado, digamos assim, “autorizar” esses processos de captura.

Uma coisa importante que pode ser vista diariamente nos jornais é que o governo federal está concedendo subsídios para as empresas privadas. E essas liberações se dão justamente no financiamento da seguridade social. O governo está dando isenções de contribuições do Programa de Integração Social (PIS) e

da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), que são as contribuições que sustentam a seguridade social. Quem vai pagar a conta das isenções que estão sendo concedidas ao setor automobilístico? Nós nem temos mais onde pôr tantos carros... Nós estamos subsidiando a fabricação de automóveis... Ok, é preciso movimentar a economia, mas por que não fazer isso por meio do investimento no setor da saúde, por exemplo? Essa ideia da saúde como um motor de desenvolvimento, de criação de tecnologia, de inovação, de emprego, de formação de mão de obra é algo para o que precisamos chamar a atenção. Nós estamos subsidiando o setor privado à custa de recursos importantes para o desenvolvimento da seguridade social. Para quê? Para chegarmos lá na frente dizendo que a seguridade social está quebrada, que não tem dinheiro para pagar aposentadorias? E aí, vamos cortar aposentadorias? Talvez isso ainda venha a ser apresentado como solução. Nós não temos déficit de previdência social, pelo contrário, a previdência é superavitária. O problema é para onde o dinheiro está indo? O que é que estamos colocando na conta da previdência social?

Essas tensões estão presentes tanto no nível estrutural quanto nos serviços. Eu ouço de minhas alunas assistentes sociais relatos de casos

de mulheres que se submetem a práticas clandestinas de abortamento, e que posteriormente chegam na fila do hospital e terminam sendo maltratadas pelo olhar moralista dos trabalhadores de saúde: – “Ah, você abortou? Então vai para o fim da fila”. Então, dessa estrutura hierarquizada, moralizada e conservadora, nós não nos veríamos livres escrevendo uma Constituição. Há uma disputa constante, talvez eterna, dentro dos serviços. E nessa disputa, nós perdemos se não conseguirmos retirar essas coisas de dentro do SUS.

É preciso transbordar a proposta do SUS para além do setor da saúde. É preciso que a questão da universalidade entre na pauta do desenvolvimento nacional. A pauta hoje gira em torno do tema da pobreza, dos assistidos por programas como o Bolsa Família, ou o Minha Casa, Minha Vida, mas com isso não construímos uma sociedade democrática, dado que o elemento central de uma democracia é a redução das desigualdades. E como você constrói igualdade, se não há benefícios e usos comuns para toda a sociedade? Já não temos a rua, que nos foi tomada pela violência – e que agora, em alguns lugares, começa a ser retomada; não convivemos nos mesmos espaços; não frequentamos as mesmas escolas... Isso tem consequências muito graves do ponto de vista societário,

ou das sociabilidades (como queiram chamar). Então, acho que precisamos recolocar a proteção social na pauta do desenvolvimento social. O SUS não é um sistema bacana, que nós adoramos. Há enormes extensões desse sistema que foram capturadas pelo setor privado, e é preciso que gritemos em relação a isto.

Quanto ao movimento sanitário, eu vejo que a participação e a defesa do SUS se expandiu, felizmente. Expandiu-se para os conselhos de saúde, para os serviços, para as universidades. Hoje, temos um batalhão de pessoas em defesa do SUS. Quando o governo faz coisas muito graves, esse batalhão vai às ruas e grita, como acabou de ocorrer quando se ponderou a possibilidade de ceder subsídios para planos privados de saúde. Bastou uma notícia na *Folha de S. Paulo* de que o governo estava começando a discutir essa questão, para que houvesse uma gritaria geral: todas as associações, os sindicatos, os fóruns, todo mundo gritou, e o governo teve de se explicar.

O movimento está muito espalhado – o que é bom –, mas é ainda muito corporativo – o que não é bom. E mais, o fato de termos um movimento participativo não significa que as pessoas não sejam conservadoras, ou mesmo clientelistas. É claro que vamos encontrar essas posições, até porque hoje em dia a participação

nesses espaços representa uma possibilidade real de ascensão social, e é óbvio que as pessoas querem ascender (e em uma sociedade hierarquizada, ainda mais). Eu posso não ter uma boa renda, mas se eu sou amigo do secretário de saúde, ou de um de seus assessores, eu já não sou igual, e se tem uma coisa que os brasileiros odeiam é a igualdade! Como vamos construir um sistema universal se passamos todo o tempo fugindo de um dos seus princípios fundamentais? Fugindo para ter um plano de saúde, para ter uma escola privada, para ter um carro, ou mesmo para ter um tratamento diferenciado dentro do próprio sistema público? É preciso enfrentar isso em nossas vidas cotidianas, nas nossas famílias, transformando esse enfrentamento em um projeto nacional. Queremos uma sociedade igualitária e democrática? Isso tem custos, mas tem muito mais benefícios.

**Plateia 1** – Eu gostaria de colocar duas questões breves em torno do que foi falado. A primeira é importante, especialmente quando falamos sobre organização social, a respeito da qual Daniela Thumala traz aspectos interessantes, especialmente na perspectiva das redes de interações. Não obstante, temos hoje outra discussão que diz respeito às formas com que as “organizações sociais”, as chamadas OS, adentram a saúde pública em

processos de privatização. São questões muito distintas, portanto, e me parece importante deixar claras essas diferenças. Hoje, uma das principais estratégias de saúde, a Saúde da Família, está sendo capturada por essas dinâmicas privatistas, justamente por meio de contratos com as assim chamadas “organizações sociais”.

Outra questão que eu gostaria de colocar para a mesa diz respeito às dinâmicas de inclusão/exclusão. É claro que estamos falando de uma sociedade capitalista na qual todos estão incluídos. No entanto, José de Sousa Martins (1997) nos fala de uma inclusão que se dá de forma desigual e perversa. E o que temos visto hoje é uma inclusão pelo consumo, e não pela cidadania, o que traz consequências importantes para o campo da saúde. Eu gostaria de ouvir os participantes da mesa a respeito desta questão.

**Plateia 2** – Inscrevi-me principalmente para ajudar a deixar ainda mais claro aquilo que a colega falou a respeito das OS, de modo a deixar isso bastante claro para os convidados de outros países, para os quais essas questões não são tão óbvias quanto para os brasileiros envolvidos com o trabalho e com a reflexão em torno das políticas públicas. Aqui no Brasil, cada vez mais, há empresas que operam com o nome de “organizações sociais”. São “empresas”, não são de modo algum

um movimento social. Aqui no Rio de Janeiro está se tentando aprovar uma nova legislação para criação de uma empresa “Rio Saúde”, e que seria responsável pela terceirização de todos os contratos de trabalho no campo da saúde. Esta é uma história muito longa. Também gostaria de contribuir com a discussão sobre inclusão/exclusão. O que estamos discutindo, parece-me, diz respeito à nossa inclusão em um determinado jogo societário. A regra desse jogo é a exclusão: ele só funciona porque dois terços da humanidade vivem abaixo da linha da miséria. Estamos todos inseridos nesse jogo, na condição de incluídos ou excluídos. E todos estamos nesse jogo: educadores, trabalhadores de saúde, pessoas da área das ciências sociais... Se é verdade que 90% dos recursos da área social são investidos no programa Bolsa Família, e não em recursos humanos que possam contribuir de fato para a transformação da realidade, a pressão acaba sobrando para os poucos recursos humanos da área da educação, porque são os professores que são convidados a controlar a frequência dos alunos para saber se eles têm ou não direito ao Bolsa Família. E esse é apenas um exemplo de programa social que exige a frequência escolar como critério para concessão de benefícios. O que nós precisamos é construir ferramentas e instrumentos que nos permitam trabalhar de modo

mais cooperativo (educadores, pessoal da saúde, cientistas sociais), para conseguirmos efetivamente dar cabo dos “avanços civilizatórios” de que nos falam os sanitaristas.

**Plateia 3** – A proposta e a possibilidade de pensar a dinâmica de inclusão/exclusão como problema de observação foi bastante provocativa para mim. Pensando nessa perspectiva, e tomando também as falas dos demais componentes da mesa, evidenciou-se para mim uma questão que eu gostaria de compartilhar, que é justamente o fato de nos remetermos o tempo todo à pobreza. Assim como identificamos imediatamente o envelhecimento, com todo um conjunto de aspectos negativos e depreciativos, também identificamos imediatamente a pobreza com a exclusão (e de fato, há um conjunto significativo de exclusões). Ao mesmo tempo, a pobreza é um lugar de grandes paradoxos, quando observamos com um olhar mais cuidadoso. Se, por um lado, a pobreza evidencia todo um conjunto de exclusões no que tange ao acesso aos bens simbólicos, culturais e materiais, por outro, a pobreza hoje talvez seja um foco de resistência quando pensamos nas dinâmicas da sociabilidade contemporânea. Quando nos aproximamos da realidade cotidiana das favelas do Rio de Janeiro (e algumas delas têm o nome de “complexo”, o que é muito

interessante), conseguimos observar isso. Ao mesmo tempo, é justamente nessas comunidades, com suas dinâmicas de resistência, que estão os alvos prioritários da violência de Estado. No contexto da cidade do Rio de Janeiro – e eu não acho nem de longe que isso seja uma especificidade desta cidade –, pode-se observar muito bem essas dinâmicas comunitárias de resistência, em que a sociabilidade afirma outros valores. Ali é possível reconhecer práticas e modos de relação com muito maior solidariedade, com colaboração e outras dinâmicas de vida compartilhada. Pois é justamente nesses espaços que podemos localizar o alvo prioritário da violência de Estado, tanto física quanto simbólica. E quando a mesa traz a discussão sobre o movimento sanitário, eu me lembro de algo que o professor Victor Valla (1997) dizia já há muito tempo, de que a crise de compreensão é nossa quanto às dinâmicas de participação. E isso enseja uma questão: o quanto nós, do movimento sanitário, somos capazes de pensar nessa potência de resistência das classes populares, e o quanto conseguimos de fato entrar em relação com ela, colocando, ao mesmo tempo, uma análise baseada nessa relação? Parece-me que em termos históricos o movimento sanitário é bem localizado, por isso é que me parece tão relevante quando o professor Paulo Henrique Martins pergunta se

esse movimento está todo dentro do Estado. Talvez seja esse justamente um aspecto a ser analisado: quais são as possibilidades e potencialidades que temos para a construção de um projeto político compartilhado?

**Lenaura Lobato** – Parece-me que essa ideia de inclusão no mercado é importantíssima, e muito perigosa, porque com isso nós não criamos os vínculos necessários para uma sociedade de fato democrática. Essa inserção pelo mercado é o outro lado da moeda. Quando falamos de pobres, estamos nos referindo à renda, não se trata de pessoas “pobres de espírito”, pois, como foi muito bem colocado, é entre essas pessoas que vamos encontrar as formas mais avançadas de resistência e de sociabilidade. Porém, aí, nós temos o Bolsa Família, por um lado, e as Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs), por outro. É o outro lado dessa ideia que posiciona a pobreza como “pobreza de renda”, algo extremamente problemático. Então nós passamos a ter o “sistema dos pobres”, quando a assistência social deveria estar muito longe de ser considerada uma política só para os pobres. De modo análogo, poderíamos pensar no tema da violência doméstica, algo extremamente grave e que atravessa todas as classes sociais e, justamente por isso, não é tratado pela assistência social, que cuida

apenas de questões relacionadas à pobreza. Precisa haver uma inversão, uma expansão nesse sentido.

Os questionamentos a respeito da educação me fazem pensar na carência de recursos humanos, que é muito importante, especialmente na assistência social. Não obstante, creio que é preciso enfrentar uma discussão essencial para todas as políticas públicas: é possível fazer frente à carência de recursos humanos apenas com base no regime jurídico único? Esse é um tema importantíssimo. Hoje se discute a questão das fundações públicas, por exemplo, alguns dizem que isso é privatização. Eu não tenho uma posição fechada sobre isso, mas, insisto, será que vamos conseguir povoar os serviços públicos apenas por meio do regime jurídico único? Eu acho que nós não vamos conseguir. Ou incorporamos um sistema de reconhecimento de direitos trabalhistas de fato, que não seja como nas OS, ou não vamos avançar. Parece-me que essa discussão está vinculada à questão dos recursos humanos.

Sem dúvida nenhuma, o movimento sanitário foi muito para dentro do Estado. E isso foi bom, porque com isso foi possível fazer uma espécie de “política de barricadas”, para garantir internamente o SUS, que acabou bastante institucionalizado, sobretudo por conta dessa presença do movimento no interior da máquina estatal. No en-

tanto, há um lado muito ruim, porque, afinal de contas, o Estado não está para brincadeiras e os processos de captura ocorrem com muita intensidade, e se não sustentamos uma reflexão constante sobre isso, terminaremos de fato capturados. E há uma coisa ainda pior, que são as pessoas que utilizam os princípios do SUS para defender coisas que não têm nada a ver com o SUS. É legal defender o SUS, falar de sistema universal, gratuito, público, mas isso muitas vezes é feito apenas como estratégia para a defesa de propostas que não têm nada a ver com o SUS. Isso é bastante grave e muito perigoso, e nós precisamos prestar atenção nessas dinâmicas.

Para terminar falando de movimento sanitário, eu gostaria de falar do Cebes, uma instituição nascida nos anos 1970, responsável pela quase totalidade do capítulo sobre saúde presente na Constituição Federal de 1988. Trata-se de uma instituição com uma importante produção teórica, que lança livros, vídeos, e que tem muito material disponível em seu site.<sup>4</sup> E o Cebes precisa de gente, de novos quadros, para seguir fazendo movimento.

**Daniela Thumala** – Eu gostaria de dizer que essas questões referentes às organizações sociais são muito diferentes do que trago de minha experiência. No contexto chileno, a

<sup>4</sup> Ver: <http://www.cebes.org.br>.

ideia de “organização social” alude ao tema da sociedade civil, com suas organizações sem fins lucrativos, algo aparentemente muito diferente do que significa o termo para vocês, brasileiros. Então, é importante deixar claro que, quando falo de “organizações sociais”, estou me referindo a organizações da sociedade civil. Aliás, mais do que “organizações sociais” em termos formais, quero destacar o conceito de redes, que são muitas vezes informais. Refiro-me, sobretudo, a sentir-se partícipe de uma rede de intercâmbios, de reciprocidade, de relações em meio às quais circulam o “dar” e o “receber”. Hoje em dia, que dificuldades podem ter os velhos para se instalarem nesse tipo de rede? Obviamente, há questões referentes ao imaginário a respeito da velhice. Sobre isso, talvez tenhamos um bom indicador: o constrangimento ao se perguntar a idade de uma pessoa. No Chile, pelo menos, isso é algo que não se deve fazer. E essa interdição é um forte indicativo de que vivemos em uma sociedade “velhista”. No dia em que isso não seja mais um problema, e em que cada um possa dizer abertamente sua idade, isso será um sinal de que estamos nos encaminhando para algo um pouco mais positivo.

**Marcelo Arnold Cathalifaud** – Na realidade, eu situei minha exposição desde o ponto de vista das ciências e,

sobretudo, das ciências sociais. E isso sem desmerecer tudo o que significa a vida humana, a vida social. As ciências sociais trazem um tipo de informação, um tipo de conhecimento. E neste sentido, há um tipo de conhecimento que eu quis compartilhar com vocês, estimulado pela ideia de que a sociedade contemporânea é algo mais que um mero agregado de coisas e que ela só pode ser compreendida por meio de uma visão parcial. Trata-se de uma obviedade, mas uma obviedade que muitas vezes passa despercebida. Esse é o primeiro ponto.

O segundo ponto é que, dessa perspectiva, é preciso ter um pouco de modéstia: se a sociedade se nos apresenta como um objeto demasiado complexo, não nos é tão fácil representá-la, especialmente com base em uma única posição, de um único ponto de vista. Sob essa condição, as ciências sociais contribuiriam com uma das posições do que se encontra dentro da comunicação sobre a sociedade – com apenas uma delas. Não é sua tarefa falar em nome dos movimentos sociais, tampouco em nome dos pobres, muito menos é sua a tarefa de emancipação da sociedade. Aliás, a sociedade não precisa das ciências sociais para se manifestar (ao menos, assim penso). O que as ciências sociais podem oferecer de importante à sociedade são formas por meio das quais a sociedade pode

compreender a si mesma, e, nesse sentido, eu quis compartilhar um programa de observação, ou pelo menos dar um estímulo nessa direção.

### Referências bibliográficas

BUTLER, Robert Neil. Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, Washington, v. 9, n. 4, p. 243-246, 1969.

SCOREL, Sarah. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FLEURY, Sonia. Democracia, descentralização e desenvolvimento. In: \_\_\_\_\_(org.). *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. V. 1, p. 23-75.

MARTINS, José de Souza. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.

VALLA, Victor Vincent. A crise da compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes populares. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 177-191, 1997.

**Parte II**  
**Democratização, Mediação e**  
**Sociabilidades na Saúde**  
**no Contexto Latino-Americano**



# Colonialidad de la vida, colonialidad de la muerte: democratización y salud en Centroamérica

Nora Garita

Quando alguien de arriba mira a los de abajo y se pregunta “¿cuántos son?”, en realidad está preguntando “¿cuánto valen?”  
Y si no valen, ¿qué importa cuántos son?  
*SupMarcos*

## Introducción

La presente reflexión intenta articular la relación entre los procesos de democratización en Centroamérica posteriores a los acuerdos de paz<sup>1</sup> y los avances en las condiciones de salud de la población de la región. La ausencia de guerra y la promesa democrática de igualdad de derechos traían consigo la esperanza de la valoración de la vida sobre la dinámica de muerte. Las políticas de salud y ambiente serían prioritarias, como dejaba suponer la Alianza Centroamericana para el Desarrollo Sostenible (ALIDES) firmada por los gobiernos centroamericanos en 1994. Dos décadas después, los avances en salud son desiguales entre países y dentro de estos.

La pregunta que nos orienta es: ¿existe un patrón de poder que explica las diferentes posibilidades de salud, de calidad de vida, incluso de muerte?

---

<sup>1</sup> Puede considerarse Esquipulas II, en 1987, el paso más importante en la concurrencia de voluntades para iniciar los procesos de fin de las guerras, al determinar el procedimiento para establecer la paz firme y duradera en Centroamérica. Ya en 1992, se firman los Acuerdos de Chapultepec entre el gobierno salvadoreño y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), y, en 1996, entre el gobierno de Guatemala y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) (Aguilera, 1987).

## Democratización en Centroamérica

Los procesos de democratización en Centroamérica se entrelazan de manera compleja con la temática de salud. La polisemia en el uso del término democracia hizo necesario en ciertos casos, adjetivarla. Tal es la propuesta de Edelberto Torres-Rivas, en su libro “Democracias sin cambios revolucionarios” en el que se señala, para los casos guatemalteco y salvadoreño, la aparición de “democracias de fachada” antes de la llegada de la paz (Torres-Rivas, 2011). Terminada la guerra en Centroamérica, los acuerdos de paz en Guatemala, El Salvador y Nicaragua, abrieron la posibilidad de transformación de regímenes autoritarios en sistemas políticos democratizados, aunque en la mayoría de los casos solo alcanzó para establecer procedimientos electorales. Este proceso abrió enormes expectativas hacia el logro de sociedades más inclusivas, menos desiguales.

Las democracias electorales han logrado controlar la violencia de los ejércitos y cuerpos de seguridad, pero, estas democracias no lograron disminuir la violencia social, con índices alarmantes.

Como síntesis de estos años, podemos decir que la doble transición simultánea hacia regímenes democráticos y hacia economías de mercado, no trajo consigo la disminución de los altos niveles de desigualdad, ni impidió los procesos de exclusión social a grandes grupos sociales. Señala el informe Estado de la región que más de la tercera parte de las y los centroamericanos vive en exclusión social, es decir, con una inserción laboral precaria y sin acceso a programas sociales (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011). Es allí donde se ubica el caldo de cultivo de los altos índices de violencia: Centroamérica es la región más violenta entre los países que no están en guerra. La exclusión y la desigualdad explican, además, la facilidad con la que el crimen organizado encuentra base de apoyo, al ofrecerse como alternativa de sobrevivencia.

## Críticas a los procesos democráticos en Centroamérica

La mayoría de analistas políticos, así como el proyecto Estado de la región, consideran que el golpe de Estado en Honduras y “los episodios de crisis en Guatemala cuestionan el supuesto de que la democratización electoral lleva de manera inexorable a la democratización del Estado y del ejercicio del poder político” (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011, p. 51). Los regímenes llamados democráticos tienen muchas fragilidades: Estados con ejecutivos sin contrapeso, instituciona-

lidad débil y poco interés político en combatir la desigualdad creciente. De ahí la posibilidad, siempre presente, de posibles e indeseables regresiones a prácticas totalitarias.

En general, las críticas se enfilan hacia la calidad de la democracia en medio de la crisis de representación y de debilidad institucional. La pregunta que plantea María Cristina Reigadas tiene gran relevancia en el caso centroamericano: “¿Puede haber bien-estar sin democracia...? Por el contrario, ¿es legítima la democracia sin bien-estar?” (2011, p. 168).

Esta pregunta, al enfocar la crítica más allá de lo institucional, permite comprender que la doble transición hacia la democracia y hacia el modelo neoliberal fue acrecentadora de nuevas desigualdades, a la vez que se asentó en el viejo patrón de poder de la “colonialidad”, es decir, no abolió las viejas jerarquías. Se complejizan las heterarquías. La paradoja señalada por Aníbal Quijano para el momento de afirmación de la “modernidad europea” en el siglo XVIII de dos ideas que empiezan a operar “en el mismo movimiento de la historia” (2012, p. 27) la podemos observar en Centroamérica en pleno siglo XX, al momento de las firmas de los acuerdos de paz: una idea de horizonte utópico de igualdad ciudadana y una idea jerarquizadora de “raza” que permitió el orden colonial y permite la persistencia del patrón de colonialidad. Al momento de la importante transición regional, en el que se pasa de regímenes autoritarios a regímenes democráticos electorales, sucede lo mismo: la democracia promete igualdad política, al mismo tiempo que se erige sobre unas sociedades desiguales, en las que el patrón de poder de la colonialidad configuró esta desigualdad racializada. La idea de raza discriminó, jerarquizó y naturalizó las desigualdades y racializó las desigualdades de género.

En esa paradoja de una democracia con ciudadanía política entre iguales y una sociedad configurada desde el patrón de “colonialidad” racializado, unida al conflicto entre democracia y apuesta neoliberal, se encuentra la clave de los límites de la calidad de las democracias centroamericanas.

Las múltiples jerarquías se relacionan de manera compleja. No basta con señalar el género como una jerarquización que se racializa, pues éste a su vez mantiene vinculaciones de clase, de etnia y de edad, de ahí la utilidad de la noción de interseccionalidad. Esta interseccionalidad es el colofón de los límites de la democracia señalados. La complejidad de la interseccionalidad raza/clase/género intrínseca al patrón de colonialidad del poder, torna de enorme utilidad la propuesta de María Lugones (2008) sobre el sistema moderno/colonial de género.

En un intento de responder la pregunta que guía nuestra reflexión, observaremos de qué manera opera la interseccionalidad raza/clase/género en la situación actual de la salud en Centroamérica.

## **La salud: ¿derecho de todas las personas?**

La promesa democrática en este campo es la de otorgar el derecho a la salud a toda persona. Pero esa promesa en el plano político no se corresponde con la realidad de las sociedades fragmentadas por la desigualdad.

El ligamen salud/estratificación socio-económica ha sido abordado por el Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible (2008; 2010); de manera particular con relación a la salud y pobreza.

Un importante proyecto de investigación sobre el vínculo salud/clase social, ha estudiado el caso específico de los trabajadores bananeros expuestos al nemagón. Las investigaciones de Sindy Mora (2013) documentan problemas de esterilidad, daño psicológico, incluso ceguera, de los trabajadores expuestos al contacto directo con el producto, el nemagón, con el que se fumigaban los campos bananeros durante los años 1960 y 1970, pero también a mujeres y niños de las zonas. Sindy Mora ha acuñado el concepto de “sufrimiento ambiental”, referido a los daños sufridos por el ambiente y que de ninguna manera excluye a los seres humanos implicados. Si bien este estudio documenta los casos de Costa Rica y Nicaragua, abre vías para el estudio de obreros agrícolas de la piña y otros cultivos de exportación. Solo en Costa Rica se han constatado 30.000 afectados por el uso del nemagón (Mora, 2013), pero los afectados por los agroquímicos de las piñeras, bananeras y floricultura suman muchos miles más en Centroamérica.

En el mismo momento en que me hacía la pregunta sobre el patrón de poder que explicaría la desigual situación ante la vida y ante la muerte, se desarrollaba el juicio por genocidio en Guatemala. Tanto la tragedia del nemagón como los testimonios de aquellas mujeres indígenas en el juicio nos hicieron pensar en el concepto de heterarquías (Grosfoguel, 2006), pues reflejaban estos hechos la existencia de múltiples jerarquías interrelacionadas (etnia, clase, género, lenguas) en una estructura jerarquizada de poder capaz de determinar las vidas y las muertes de las personas en Centroamérica. La desigual posibilidad de alcanzar la plenitud de la vida en todas sus etapas, la desigual ubicación ante la muerte, respondería entonces al patrón de poder que Quijano ha denominado “colonialidad del poder” (Quijano, 2011), y que en este caso, racializa y jerarquiza el valor de la vida misma.

## Salud en Centroamérica

Entenderemos por salud aquellas condiciones que, más allá de la ausencia de enfermedad, posibilitan la plenitud de una vida larga y sana. La salud tiene que ver con el bienestar de las personas. Esto incluye tanto el bien-estar en sentido de Amartya Sen, “libertad de capacidades” (citado en Reigadas, 2011, p. 168) como pensarlo en términos del “manejo colectivo, y no necesariamente individual, de los riesgos asociados a estar vivos” (Martínez, 2008, p. 17). Todas las condiciones micro-sociales y macro-sociales que posibilitan la plenitud de la vida, tienen que ver con la salud.

Las inmensas brechas entre países y en el interior de estos, parecen obedecer a un patrón de poder. Una lectura de los indicadores permite visibilizar esa cartografía del poder.

En los últimos años de la historia centroamericana, se han dado aumentos en la esperanza de vida en todos los países y reducción de las tasas de mortalidad infantil. Sin embargo, en ciertas zonas rurales y en los territorios indígenas, la mortalidad infantil es cuatro veces más alta que los promedios en los países (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011, p. 178).

Una primera constatación, referida a las políticas públicas, es la correlación positiva entre la inversión pública en salud y la esperanza de vida. Esta es bastante desigual según los países; de acuerdo con el *Informe sobre el desarrollo humano 2013* del Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo, los dos países centroamericanos con mejor ubicación según el índice de desarrollo humano, Panamá y Costa Rica, invierten el más alto porcentaje regional en salud: Panamá en el 2010, un 6,1% del PIB; Costa Rica, un 7,4% del PIB en el 2010. En contraste, Guatemala, número 133 según el índice de desarrollo humano (IDH), gasta solo el 2,5% del PIB (ver Cuadro 1).

**Cuadro 1. Datos de salud en Centroamérica – 2010.**

País	IDH	Esperanza de vida	Gasto público en salud (% del PIB)	Tasa de fecundidad adolescente (por 100.000 mujeres de 15-19 años)
Panamá	59	76,3	6,1	75,9
Costa Rica	62	79,3	7,4	61,9
El Salvador	107	72,4	4,3	76,2

Honduras	120	73,4	4,4	85,9
Nicaragua	129	74,3	4,9	104,9
Guatemala	133	71,4	2,5	102,4

FUENTE: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013.

Uno de los problemas más dramáticos en el campo de la salud, es el de la desnutrición infantil. Señala el Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible (2011, p. 135) que en Centroamérica, uno de cada tres niños padecen de desnutrición. Una región tan fértil, donde hay abundancia de alimentos y de lluvia, ha creado las condiciones para que no haya acceso de alimentos para todos: transformación de zonas de cultivos de granos básicos en zonas de productos de exportación, transformando la región en importadora de alimentos, que, al subir los costos, hacen que la desigual distribución de ingresos signifique posibilidad o imposibilidad de acceso a los alimentos. Entre los años 2000 y 2008, los alimentos se encarecieron un 138% (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2008, citado en Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011, p. 135). En Guatemala, más de la mitad de los niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica, y en Panamá, Honduras y El Salvador, la cuarta parte de los niños (Cuadro 2).

### **Cuadro 2. Centroamérica: niños y niñas menores de 5 años que padecen de desnutrición crónica, 2008.**

<b>País</b>	<b>Niños y niñas con desnutrición crónica</b>	<b>Porcentaje con respecto al total de niños y niñas</b>
Costa Rica	10.000	2,7
El Salvador	189.000	31,1
Guatemala	1.123.000	51,9
Honduras	263.000	27,1
Nicaragua	132.000	19,3
Panamá	79.000	22,9
<b>Región</b>	<b>1.796.000</b>	<b>34,9</b>

FUENTE: Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011

El mapa de la salud en Centroamérica tiene sus puntos rojos en poblaciones rurales, comunidades indígenas, niños y mujeres. Otros indicadores, directamente ligados a la salud, son el acceso al agua en tubería y a la electricidad. En

Honduras, al 18% de los hogares no les llega agua por tubería, y en Nicaragua el 35% carece de tubería. Respecto de la electricidad, el 26% de hogares en Honduras y Nicaragua no tienen electricidad. El acceso a agua por medio de tuberías y el acceso a electricidad marcan situaciones muy diferentes en la vida de las mujeres, encargadas de los trabajos domésticos. En Guatemala, medio millón de hogares carece de agua potable (Martínez, 2008, p. 136).

## Los condenados de la tierra centroamericana: las poblaciones indígenas

La primera evidencia de la huella racial en la configuración de las sociedades de América Central, la encontramos en la desigual situación de la población indígena con relación con el resto de la población. La población indígena representa un volumen significativo, al ser la sexta parte del total de la población regional, pero en todos los indicadores, se encuentran por debajo de la media nacional. Veamos respecto de la pobreza (Cuadro 3). En Panamá, casi la totalidad de los indígenas viven en condición de pobreza (96,3% de la población indígena). En Guatemala, la población general no indígena que se encuentra en condición de pobreza es de un 36,2%, mientras que en la población indígena el 75% está en condición de pobreza (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011, p. 151). Lo mismo ocurre con respecto al analfabetismo. Aún en Costa Rica, donde el analfabetismo se ha reducido a un 5%, en los indígenas es de un 20% (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011, p. 151). En Costa Rica, en todos los indicadores socio-económicos, la población indígena se encuentra por debajo de la media nacional (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2002).

**Cuadro 3. Centroamérica: incidencia de la pobreza, en porcentaje, en poblaciones rurales indígenas y no indígenas.**

País	Poblaciones rurales indígenas	Poblaciones rurales no indígenas
Guatemala (2006)	74,8	36,2
Honduras (2003)	60,4	34,3
Nicaragua (2001)	68,4	37,5
Panamá (2008)	96,3	50,7

FUENTE: Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011.

Ya desde el tercer informe del Proyecto Estado de la Región (2008, p. 190) se señalaban las disparidades en salud de las poblaciones indígenas respecto a la población no indígena:

- El Salvador: 61% de la población indígena vive en pobreza.
- Guatemala: la mortalidad es hasta 65% mayor que el promedio nacional.
- Nicaragua: las madres indígenas o afrocaribeñas tienen un riesgo de muerte 2,2 veces mayor que el promedio nacional.
- Panamá: las condiciones de pobreza de las poblaciones indígenas disminuyen la expectativa de vida de 9 años para los hombres y 12 para las mujeres.

Algunos indicadores de salud no permiten comparaciones entre poblaciones indígenas y no indígenas respecto a la calidad de la salud, pues es posible explicar ciertas diferencias como hechos que responden a aspectos culturales: es el caso de la mayor fecundidad de las mujeres indígenas y afrodescendientes en América Latina (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2010). En el caso de las poblaciones indígenas centroamericanas que han vivido exterminios (política de tierra arrasada, por ejemplo), la alta fecundidad podría más bien ser vista como resistencia cultural. Tal vez el indicador de anemia en mujeres embarazadas sea más importante en sentido comparativo. Para el caso de Guatemala, las mujeres embarazadas (indígenas y no indígenas) tienen más anemia que las no embarazadas, con más alta prevalencia entre indígenas que entre no indígenas: embarazadas en el 2002, 23,6% con anemia; para el mismo año, entre las no indígenas embarazadas, 21,2% con anemia (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2010, p. 37).

Algunos indicadores sobre la población infantil señalan diferencias en cuadros diarreicos. En Nicaragua, las madres reportan un 76% más de episodios de diarrea en niños indígenas que en los no indígenas (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2010, p. 49).

Las particularidades culturales hacen que muchos de los indicadores de salud elaborados para poblaciones no indígenas, no tengan la misma validez en el interior de cosmovisiones indígenas o no tengan el mismo sentido. Así, las delimitaciones etarias de lo que se entiende por adolescencia, o juventud, varían pues los ciclos vitales no son equivalentes. Sin embargo, ante la carencia de suficientes estudios etnográficos sobre la salud de las poblaciones indígenas, y a modo de aproximación, se pueden utilizar ciertos indicadores usados por organismos para evaluar el estado de la salud de jóvenes indígenas. Dado el

patrón más joven entre los indígenas que el resto de la población (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 39) este grupo es muy importante.

En Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, los jóvenes indígenas residen mayoritariamente en áreas rurales (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 42). En los niveles de analfabetismo, la proporción varía según la condición étnica. En Costa Rica, con un analfabetismo promedio muy bajo – 5% según Estado de la región, 2010; o un 2% según la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL) (2011) al desagregar los datos por etnia, se tiene una población indígena con un 15% de analfabetas (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 53). Esto ocurre en todos los países del área. Dentro de los grupos indígenas, el porcentaje de analfabetismo de los(as) jóvenes es mayor que entre la población total. Señala el informe de CEPAL:

[...] llama la atención es que las brechas interétnicas en los jóvenes de 15 a 24 años sean más amplias que en la población total. Por ejemplo, en Panamá, la diferencia relativa entre las poblaciones totales indígena y no indígena es de 6,9 mientras que en el segmento juvenil es de 14,2 [...]. Esta situación permite inferir que, si bien se ha avanzado en cuanto a la inclusión social de los más jóvenes mediante la educación, no se han logrado superar las inequidades étnicas. Más bien parecerían haberse acrecentado. (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe y Organización Panamericana de la Salud, 2011, p. 52)

Vemos la doble vulnerabilidad: étnica y etaria. La articulación etnia, edad, género, ubica a las mujeres en situación inferiorizada. Según la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe y la Organización Panamericana de la Salud: “mayor analfabetismo entre estas que entre sus pares varones, sean indígenas o no, y por el otro, las brechas interétnicas son más amplias entre ellas que entre los hombres” (2011, p. 54).

## Colonialidad de la muerte

Las luchas de las comunidades ngöbe-buglé del año 2012 arrojaron cifras de muertes en el curso de la protesta. Las comunidades luchaban contra la minería a cielo abierto y contra una represa en sus territorios, amparados por el artículo 5 de la Constitución panameña, artículo que fue luego abolido. Durante

las protestas, murieron cinco indígenas. Bajo el procedimiento formal electoral, pareciera encontrarse una valoración desigual de la vida según la jerarquía racista. Vida y muerte jerarquizadas, nos recuerdan a Quijano:

Uno de los ejes fundamentales de ese patrón de poder es la clasificación social de la población mundial sobre la idea de raza, una construcción mental que expresa la experiencia básica de la dominación colonial y que desde entonces permea las dimensiones más importantes del poder mundial [...]. (2011, p. 219)

En el caso de Guatemala, la transición democrática se inició en 1982 y concluyó en diciembre de 1997 con la firma de los acuerdos de paz entre el gobierno y la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) (Torres-Rivas y Fuentes, 1999). Uno de los resultados de los acuerdos fue el establecimiento de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH) la cual indica que hubo 626 masacres en aldeas indígenas. La comisión responsabilizó al ejército por actos de genocidio contra la población maya (Comisión para el Esclarecimiento Histórico, 1999, p. 315).

Señala la investigadora Victoria Sanford, el vínculo encontrado por ella entre etnicidad y género:

El etnocidio es una atrocidad vinculada al género porque está motivado por la intención de eliminar a un grupo cultural [...]. En este sentido, las mujeres son el blanco principal del genocidio. En 1981, las mujeres [...] fueron el 14% de las víctimas [...]. En junio de 1982 [...] las mujeres ya constituían el 42% de las víctimas de las masacres. A mediados de 1982, el número de homicidios de mujeres y niñas subió tan marcadamente que hasta el porcentaje de víctimas masculinas bajó. (2008, p. 21)

Esa es la “interseccionalidad” étnica y de género que jerarquiza las posibilidades de vida y de muerte.

En el 2005, por primera vez, la Corte Interamericana de Derechos Humanos condenó al gobierno guatemalteco por la matanza de 286 personas mayas achí en Baja Verapaz (Sanford, 2008, p. 22).

En el 2013, el juicio por genocidio en Guatemala, que condenó a ochenta años a Ríos Montt, evidencia el carácter racista de las bases democráticas. Pese a que el juicio se anuló, los testimonios de las mujeres quichés e ixiles muestran el vínculo muerte–patrón de poder en el sistema moderno/colonial de género.

## **Cobertura de servicios en salud**

El Informe Estado de la Región 2010 (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011) señala tres tipos de sistemas públicos de atención médica: a) sistema de salud unificado, en Costa Rica: articula tanto el Ministerio como la Caja del Seguro, con cobertura casi universal. b) atención dual: desarticula ambas instituciones, en el caso de Panamá. c) sistema segmentado en El Salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua: débil presencia estatal, programas particulares a los gremios (ejército y magisterio) y servicios privados para poblaciones de alto ingreso. Por eso, la cobertura es desigual: 88,8% en Costa Rica, 77% en Panamá y en el resto de países, es decir, menos de la cuarta parte de la población está cubierta (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011).

Esto tiene que ver con el porcentaje del gasto privado respecto al gasto total en salud, que significa más del 50% en Guatemala y El Salvador (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2008, p. 203-205).

## **Mediación y sociabilidades en salud: el rol de las mujeres**

¿De qué manera los tipos de atención médica pública tienen que ver con el papel asignado a las mujeres? El cuidado de los otros, tan importante en el ámbito de la salud, muestra diferentes roles desigualmente distribuidos y retribuidos.

Al permanecer la misma división del trabajo entre géneros, la creciente incorporación de la mujer al mundo laboral (Comisión Económica para la América Latina y el Caribe, 2010) ha generado una doble carga de trabajo. Datos del Proyecto Estado de la Región muestran cómo en igualdad de condiciones o aún superiores de calificación, en puestos similares, los hombres ganan más que las mujeres, a pesar de estas últimas trabajar doble jornada (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2011, p. 153).

Una investigación de Juliana Martínez (2008) sobre regímenes de bienestar, justamente referida a esos cuatro países de débil presencia estatal (El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua), permite comprender mejor las dinámicas de la salud en esos países. En el estudio se hace un análisis de conglomerados a partir de las encuestas de hogares en esos cuatro países. Usando dos criterios: ocupación y división sexual del trabajo (entre hogares tradicionales con padre proveedor, madre cuidadora y hogares no tradicionales) perfila lo que la investigadora llama “mundos de bienestar”.

Así, establece tres grandes agrupamientos de hogares con diferentes posibilidades de manejo del riesgo:

1) Mundo privatizado, muy pequeño, acceso privado a bienes y servicios, hogares cuya mayoría de jefaturas son profesionales, organización familiar *no tradicional*. En El Salvador, el 14% de los hogares se ubica en este conglomerado, mientras que en los otros países, solo una pequeña minoría tiene acceso a servicios privados: Guatemala (2,8%), Honduras (5%) y Nicaragua (2,5%).

2) Mundo familiarizado, ingresos insuficientes, se cuenta siempre con la familia, mayor disponibilidad de mujeres dedicadas al trabajo no remunerado, hogares más grandes, más producción para el autoconsumo. Jefatura con trabajo vulnerable o jefatura pequeño-propietaria, organización familiar tradicional. Mayoría de intercambios de toda índole la realizan entre personas desprotegidas. En Guatemala (86%), Honduras (85%) y Nicaragua (80%), la amplia mayoría de hogares pertenece al mundo familiarizado, en El Salvador el 53,7 % (Martínez, 2008, p. 121).

3) Mundo pequeño, entre ambos, que combina el manejo de riesgos en mercado y familia. Combina recursos monetarios y trabajo no remunerado, hogares con jefatura profesional y organización familiar tradicional, o aquellos hogares con jefatura pequeño propietaria con organización familiar No tradicional. Entre dos aguas, mercantil y familiar: “en un momento en que la escasísima presencia de servicios públicos que existía con anterioridad a las reformas de los noventa para estos hogares disminuye aún más, dado que se transforma en intervención focalizada” (Martínez, 2008, p. 116). Para estos hogares, la mínima presencia estatal anterior a las reformas neoliberales de los años noventa, disminuyó más, pues esta fue focalizada, señala la autora.

Si se excluye al grupo minoritario que accede a los servicios por tener recursos económicos (conglomerado 1, mercantilizado), podemos observar algunos rasgos relevantes.

En el caso guatemalteco, el 62% de los hogares indígenas está en los conglomerados 2 y 3. En ambos conglomerados, las dinámicas hacen que la familia sea el recurso más importante, lo cual hace evidente el rol de las redes familiares, el rol de las mujeres en la provisión de servicios. El estudio al que hemos hecho referencia incluye acceso a educación y a salud. Pero nos aproxima ese estudio a las dinámicas en el campo de la salud: en las poblaciones indígenas opera otra lógica, no mercantilizada, en las relaciones en el campo de la salud.

En Guatemala, los servicios públicos del Ministerio de salud se concentran en la ciudad capital (80% de médicos), las parteras indígenas atienden la mitad de los partos del país, y en la región occidental, el 80% de los partos (Martínez, 2008, p. 135).

En El Salvador, solo la quinta parte de la población tiene acceso a la seguridad social (Martínez, 2008, p. 135). Los hogares de menores ingresos (conglomerado 3) recurren a consulta en farmacias y a la automedicación (Martínez, 2008, p. 135).

El trabajo no remunerado y cuidado son aspectos relevantes del estudio citado: en Honduras, las mujeres aportan el 33% del trabajo remunerado y el 94% del trabajo doméstico no remunerado (Martínez, 2008, p. 139). En los cuatro países, las mujeres cumplen un importante rol en el cuidado: hay cuatro o cinco personas de cuidado dependientes por cada ama de casa (Martínez, 2008, p. 142).

El trabajo al cual me he referido en este acápite, nos provoca reflexiones en la comprensión de las dinámicas de salud.

El hecho de que solo minorías pequeñas accedan a la salud de manera mercantilizada, nos recuerda la propuesta de Paulo Henrique Martins (2012), en el sentido de buscar una adecuada mediación conceptual de la realidad para comprender esas dinámicas en la salud. En más del 80% de los hogares, las redes comunales y familiares, el cuidado de las mujeres, son elementos claves en la protección de la vida. Propone Paulo Henrique Martins comprender estas dinámicas sirviéndose del concepto de “don”:

La dádiva es uno de esos mediadores formulados en las encrucijadas del micro y del macro, del individuo y de la comunidad, de la moral, de la estética y de la política. Lo que se ofrece como regalo, lo que se intercambia con sinceridad, los servicios y gentilezas prestadas espontáneamente, los honores rendidos ritualmente envolviendo comunidades e individuos funcionan como momentos dinámicos de reproducción de la vida social. Todos los actos realizados (no con el objetivo de explotación humana o de apropiación mercantil) siempre son mediados por un lenguaje de mediación (humana o no humana) que fluctúa entre las partes implicadas en la prestación social e interpersonal, promoviendo reconocimientos e inclusiones. (Martins, 2012, p. 3)

De acuerdo con el estudio de Martínez, el 80% de los cuidados están fuera del circuito mercantil, y son sobre todo las mujeres las guardianas de la vida. ¿De qué manera se les retribuye socialmente a las mujeres esta función, de cuidadoras de la vida?

La existencia de tal proporción de trabajo no remunerado en las tareas asumidas por las mujeres, significa que, entonces, la retribución no es monetaria. Desde la perspectiva de la dádiva habría una explicación a este fenómeno. Dice

Martins: “un fenómeno primeramente simbólico antes mismo de surgir como algo material, como un servicio prestado gratuitamente o una gentileza” (2012, p. 5). Esa sería la lógica de las subjetividades de las mujeres. Pero también, la no remuneración del trabajo doméstico podría tener otra lectura, cuyo origen estaría en el mismo patrón de poder que es la colonialidad. Es decir, el rol fundamental en la protección a la vida desempeñado por las mujeres, no tiene un correspondiente reconocimiento monetario en sociedades mercantilizadas. Ese patrón de poder que ha articulado género y etnia, racializando la articulación, ha definido cuáles trabajos son valiosos y cuáles no, qué y quiénes son retribuidos por ellos.

### **Las cuidadoras no cuidadas de la tierra: las mujeres**

Quisiera narrar una historia reciente ocurrida en Costa Rica: en días pasados, desapareció una mujer. Ella había advertido a su familia que su marido la amenazaba, la golpeaba. Al desaparecer, su hermana fue a la policía a solicitar la búsqueda y le dijeron que el marido había venido a denunciar que ella se había ido con otro hombre. No le creyeron a la hermana, solo al marido. Solo él podía ser escuchado. Varios días después, apareció muerta: la había matado su marido. Un femicidio más en la lista de mujeres asesinadas por su sola condición de ser mujer. Esta historia nos recuerda a Frantz Fanon, cuando, refiriéndose al contexto de los procesos descolonizadores, hablaba de un mundo cortado en dos, línea divisoria entre dos especies diferentes: mundo de “cosas”, mundo de seres (Fanon, 1961, p. 2).

Cabe recordar que no todas las mujeres están en igualdad de condiciones ante los sistemas de salud, pues es precisamente la articulación género-etnia-clase social la que configura las jerarquías de vida. Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en Guatemala, el 67% de muertes maternas corresponde a mujeres sin educación formal, lo mismo que en Honduras, en donde las muertes por maternidad entre 2004 y 2005 le ocurrió a mujeres sin educación formal (citado en Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2008, p. 189).

En el 2008, el informe del Estado de la región, daba cuenta de factores que vulnerabilizan a las mujeres: nivel educativo, nivel de ingresos. La atención al parto por personal especializado en salud es más del 90% en Costa Rica y Panamá, pero en El Salvador es del 44% y en Guatemala, el 31% (Proyecto Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible, 2008, p. 189).

## Las víctimas en la paz: las mujeres

Pese a que la historia centroamericana es una historia cargada de violencia, en donde los homicidios han estado presentes siempre, llama la atención el crecimiento de la violencia después de los acuerdos de paz. ¿Más víctimas en la paz que en la guerra? El ritmo de crecimiento de los homicidios es insólito y de manera particular, el ascenso de homicidios contra mujeres. La tendencia es la siguiente: mientras aumentó la población femenina en un 8% entre 2001 y 2006, el índice de homicidios contra las mujeres aumentó más del 117% (Carcedo, 2010, p. 24).

Señala el informe “No olvidamos ni aceptamos” lo siguiente: “en menos de una década Guatemala, Honduras y El Salvador, duplican sus tasas de homicidios de mujeres” (Carcedo, 2010, p. xiii). En el Cuadro 4, “Homicidios de mujeres en Centroamérica”, puede observarse el crecimiento del número de homicidios (al menos en los años en que hay datos disponibles).

**Cuadro 4. Homicidios de mujeres en Centroamérica: 2000-2006.**

<b>País \ Año</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Guatemala	no disponible	303	317	383	497	518	603
Honduras	no disponible	no disponible	no disponible	111	138	171	202
El Salvador	207	211	227	232	260	390	437
Nicaragua	71	63	86	69	62	61	71
Costa Rica	38	32	38	46	42	57	45
Panamá	29	22	42	29	24	35	40
Rep. Dominicana	96	106	139	167	187	191	182
<b>Total</b>	–	–	–	<b>1.037</b>	<b>1.210</b>	<b>1.423</b>	<b>1.580</b>

FUENTE: Carcedo, 2010.

La violencia de estos femicidios no puede explicarse por patologías en la esfera individual, refleja un patrón de poder. Los datos disponibles de femicidios no están desagregados por etnia, pero las investigaciones de Victoria Sanford (2008) como ya fue mencionado, permiten hablar de una desigualdad racializada.

No se trata simplemente de violencia social anónima, sino de una violencia que responde a un patrón de poder desigual, asimétrico, en el que el poder patriarcal vuelca su furia contra las mujeres. Es decir, se la mata por ser mujer. Su factor de riesgo es ser mujer. De ahí, la diferencia conceptual entre “homicidio” y “femicidio”. Este último, el femicidio, expresa la lógica de un poder desigual entre géneros y se realiza por ser mujer.

El informe del cual hemos extraído esos datos señala con énfasis cómo al explicar la escalada del femicidio no puede hacerse de manera simplista, diciendo que corresponde a la violencia social. En los años que van del 2003 al 2006, los homicidios de hombres del total de los siete países del estudio aumentan un 38,2% y el aumento de femicidios es de 54,4% (Carcedo, 2010, p. 40).

Por ejemplo, en El Salvador, entre el 2000 y el 2006, los homicidios de hombres aumentaron en un 40% y los de mujeres en un 111% (Carcedo, 2010, p. 40). El horror del crecimiento de los femicidios en Centroamérica, es parte de un patrón de poder, que jerarquiza los géneros. La paradoja inscrita en el poco valor dado a la vida de estas mujeres es la siguiente: son las protectoras de la vida, pero “sus vidas son sacrificadas en el altar del patriarcado” (expresión de Hinkelammert).

## Colonialidad de la vida

¿Por qué en Centroamérica la vida de algunas personas vale más que la de otras? ¿Por qué en esta región del mundo, algunas personas tienen derecho a condiciones de salud integrales para lograr una vida placentera en la que florecen capacidades y otras personas apenas sobreviven para obtener los mínimos? Estos interrogantes me han acompañado mientras buscaba datos confiables sobre la salud en Centroamérica.

En Centroamérica, este es un problema cuya magnitud lo transforma en un tema de política pública. Ese umbral imaginario que separa la vida en vidas valiosas y vidas no vistas como vidas, que aún permanece hoy día, tiene consecuencias reales. En los últimos años, con los planteamientos neoliberales, han ocurrido fuertes procesos de exclusión que engrosan las mayorías despreciadas. Ni los avances en el crecimiento económico ni los avances en los sistemas democráticos han modificado el patrón de poder que subyace. No deja de asombrar cómo estos avances no han incluido a aquellas poblaciones que, desde siglos, fueron racializadas y excluidas.

Podríamos entonces hablar de “colonialidad de la vida/colonialidad de la muerte” como aquel patrón de poder que racializa y jerarquiza el valor de la vida misma.

Hablar entonces de democracia en Centroamérica, no puede soslayar la existencia aún hoy de condenados y condenadas de la tierra, que evidencian las imperfecciones y límites de los sistemas políticos auto-denominados democráticos.

## Reflexión final

Promesa democrática unida a la apuesta neoliberal; sistemas políticos electorales asentados en sociedades desiguales: paradojas que son el punto nodal de la fragilidad de estas democracias. El sistema moderno/colonial de género, racializa y legitima esa desigualdad.

Toda democratización posible de la sociedad en América Latina debe ocurrir en la mayoría de estos países, al mismo tiempo y en el mismo movimiento histórico, como una descolonización y como una redistribución del poder. (Quijano, 2011, p. 259)

El menosprecio de ciertas vidas humanas nos hace plantear la “colonialidad de la vida” como ese patrón de poder que jerarquiza las vidas y legitima la desigualdad ante la muerte: “colonialidad de la muerte”. Como decía el poeta Luis Cardoza y Aragón, en *¿Qué es ser guatemalteco?*: “En mi país de indios matar a un indio no es matar a un hombre.”

## Referencias bibliográficas

AGUILERA, Gabriel. Los acuerdos de paz en Centroamérica y la guerra interna. *Fuerzas Armadas y Sociedad*, Santiago de Chile, v. 2, n. 3-4, jul.-dic. 1987. <http://www.fasoc.cl/files/articulo/ART413e1eb818666.pdf>. (7 Ago. 2013).

CARCEDO, Ana. *No olvidamos ni aceptamos: femicidio en Centroamérica 2000-2006*. Costa Rica: Cefemina, 2010.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorama social de América Latina, 2008*. Santiago de Chile: CEPAL, 2008.

\_\_\_\_\_. *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*. Santiago de Chile: CEPAL, 2010.

\_\_\_\_\_; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Salud de la población joven indígena en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 2011.

COMISIÓN PARA EL ESCLARECIMIENTO HISTÓRICO (GUATEMALA). *Guatemala: memoria del silencio*. Ciudad de Guatemala: UNOPS, 1999.

FANON, Frantz. *Los condenados de la tierra*. 1961. [http://www.matxingunea.org/media/pdf/Fanon\\_Los\\_condenados\\_de\\_la\\_tierra\\_def\\_web\\_2.pdf](http://www.matxingunea.org/media/pdf/Fanon_Los_condenados_de_la_tierra_def_web_2.pdf). (8 Ago. 2013).

GROSGUÉL, Ramón. La descolonización de la economía política y los estudios poscoloniales: transmodernidad, pensamiento descolonial y colonialidad global. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 4, p. 17-46, ene.-jun. 2006.

LUGONES, María. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, Bogotá, n. 9, p. 73-101, jul.-dic. 2008.

MARTÍNEZ FRANZONI, Juliana. *¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*. Buenos Aires: CLACSO, 2008.

MARTINS, Paulo Henrique. *A dádiva como mediação no cuidado em saúde: implicações para o direito*. In: SEMINÁRIO DO PROJETO INTEGRALIDADE: SABERES E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, 12. Rio de Janeiro: Lappis/IMS/Uerj, 2012.

MORA, Sindy. Ponencia presentada en las jornadas de la facultad de ciencias sociales de la Universidad de Costa Rica. San José, 2013. Tiene varios artículos en prensa y un blog: <http://consecuenciasdeloverde.blogspot.com/2012/03/actividades.html>. (8 Ago. 2013).

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. *Usuário, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS, Editora Universitária UFPE, 2011.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). *Informe sobre el desarrollo humano 2013: el ascenso del Sur – progreso en un mundo diverso*. Nueva York: Pnud, 2014.

PROYECTO ESTADO DE LA REGIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE. *Estado de la región en desarrollo humano sostenible 2010: un informe desde Centroamérica y para Centroamérica*. San José (Costa Rica): Estado de la Nación, 2011.

PROYECTO ESTADO DE LA REGIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE. *Estado de la región en desarrollo humano sostenible, informe 2008*. San José (Costa Rica): Estado de la Nación, 2008. Capítulo 4: El desafío regional de contar con personas saludables, p. 177-214.

PROYECTO ESTADO DE LA REGIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE (COSTA RICA). *Estado de la nación, 2002, informe VIII*, Costa Rica. San José (Costa Rica): Estado de la Nación, 2002. Capítulo 2: Equidad e integración social, p. 75-130.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, Edgardo (org.). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Buenos Aires: CLACSO, 2011. p. 201-246.

QUIJANO, Aníbal. El moderno Estado-nación en América Latina: cuestiones pendientes. In: MEJÍA NAVARRETE, Julio (org.). *América Latina en debate: sociedad, conocimiento e intelectualidad*. Lima: Editorial Universitaria de la Universidad Ricardo Palma, 2012. p. 19-34.

REIGADAS, María Cristina. Debates actuales sobre democracia en América Latina. Calidad institucional y neo-populismo. *Realis*, Recife, v. 1, n. 2, p. 166-187, 2011.

SANFORD, Victoria. *Guatemala: del genocidio al feminicidio*. Ciudad de Guatemala: F&G, 2008.

TORRES-RIVAS, Edelberto. *Revoluciones sin cambios revolucionarios*. Ciudad de Guatemala: F&G, 2011.

\_\_\_\_\_; FUENTES, Juan Alberto (org.). *Guatemala: las particularidades del desarrollo humano*. Ciudad de Guatemala: F&G, 1999. V. I: Democracia, etnicidad y seguridad.



# Desigualdades y políticas compensatorias en salud: los desafíos para enfrentar las adversidades del modelo económico en Chile

Ximena Sánchez

## La búsqueda de la equidad<sup>1</sup>

El concepto de equidad ha sido analizado desde distintas perspectivas teóricas relacionándolo, en mayor o menor medida, con el criterio de justicia. Al respecto entre los diferentes planteamientos sobre la justicia, destacamos Rawls (1979) y Sen (1997, 2003). Rawls plantea que la sociedad debe establecer: “iguales oportunidades de educación para todos independiente de la renta de la familia, es decir, no deben existir personas dotadas de las mismas condiciones de talento y que tengan distintas posibilidades de éxito” (2002, p. 75).

El planteamiento de Sen (1997) pone el acento en la igualdad de las capacidades que representan la libertad de elegir el modo de vida de los individuos, pues al reconocer la diversidad cultural existente en la sociedad, plantea que existen diferencias inaceptables tanto a nivel de los países como de las personas.

Con respecto a los desafíos que plantean las políticas de desarrollo, el autor considera que un punto de partida es reconocer que la libertad es, “a la vez, el objetivo primario y el principal medio del desarrollo” (Sen, 2003, p. 5). Desde esa perspectiva, el concepto de desarrollo no puede limitarse al crecimiento, por ejemplo del PIB, de la tecnología o de la modernización. Por lo tanto, si bien el incremento de estos aspectos son importantes, Sen señala que: “su valor debe estar relacionado con el efecto que tiene en las vidas y libertades de las personas a quienes atañen” (2003, p. 6).

Actualmente, las transformaciones macroeconómicas y políticas han impactado fuertemente el escenario latinoamericano aumentando la desigual-

---

<sup>1</sup> Antecedentes teóricos referidos en Sánchez y Muñoz, 2005; y Sánchez, Muñoz y Villarroel, 2005.

dad y la inequidad. La falta de equidad se expresa básicamente en desigualdad económica, pobreza material y desigualdad de oportunidades de desarrollo de las personas (Kliksberg, 1999 y 2003). El aumento de las desigualdades en el acceso al bienestar, aún en países que muestran crecimiento económico, ha generado en la región nuevos procesos sociales que muestran la necesidad de enfocar la articulación entre salud, educación y equidad desde una perspectiva más amplia que las simples relaciones causales unidireccionales.

En este nuevo panorama social hay que mencionar la crisis de cohesión social y una reciente fragmentación de la sociedad, que se traducen en una ruptura de los lazos sociales primarios y énfasis en la perspectiva individualista antes que el interés colectivo.

En lo político, aun cuando existe mayor consolidación de las democracias, se enfrentan crisis de desgaste de las formas tradicionales de representación política y falta de participación. En lo cultural, el desarrollo de las nuevas tecnologías de comunicación e información, a pesar de resultados parciales en aspectos integradores, han reforzado la emergencia de “microculturas” que generan procesos tanto de fragmentación social como de aislamiento. Desde esta perspectiva, los sistemas educativos y la educación en general, deben enfrentar nuevos desafíos con respecto a cuál es la mejor manera de educar a niños, en los actuales contextos de pobreza y violencia (Navarro, 2004).

Los indicadores sociales permiten señalar que las políticas económicas implementadas a partir de los años 1990, a pesar de haber estimulado el crecimiento económico en muchos países, han aumentado también la desigualdad. América Latina es una de las regiones que concentra la mayor desigualdad e inequidad.

En esta región, la falta de equidad se expresa básicamente en desigualdad económica, pobreza material y desigualdad de oportunidades de desarrollo de las personas. Además de la falta de apoyo familiar, las anteriores son las variables que han mostrado una mayor contribución para la reproducción de la desigualdad.

Según Arriagada (2006), lograr el crecimiento con equidad no es posible en los actuales escenarios, se requiere de una competitividad que se fundamente en recursos humanos más calificados que puedan incorporar más conocimiento intelectual y así, aumentar el progreso técnico necesario para el desarrollo.

## Exclusión y vulnerabilidad

El concepto de exclusión social es actualmente central en el marco de las estrategias para disminuir la pobreza. Cuando se amplía el concepto de pobreza y se relaciona, en mayor medida, con un conjunto amplio de factores referidos a dificultades económicas, desventajas sociales y también de tipo legal, se constituye un marco de referencia entre la pobreza y un conjunto de aspectos vinculados con los derechos de los individuos, en tanto ciudadanos.

Esta ampliación conceptual según Quinti (1999), ha llevado a sustituir el término de pobreza por el de exclusión social. Según este mismo autor, el concepto de exclusión social, representa de manera más adecuada un conjunto de aspectos de carácter heterogéneo, que independiente de lo anterior poseen un mismo denominador.

Aún cuando el contexto de referencia, con respecto al concepto de exclusión, se ubica en la Unión Europea a partir de las crisis de los años 1980 (la crisis del modelo del Estado de bienestar y la toma de conocimiento que no es posible lograr el empleo pleno), este concepto se encuentra también presente en América Latina.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2009), con referencia en trabajos realizados en América Central, señala la existencia de diferentes situaciones de exclusión, a saber: a) en la toma de decisiones, b) en la información y el acceso a servicios relacionados con mejoras en la calidad de vida de los habitantes de un territorio determinado y c) a partir de procesos internos de normativas sociales que segregan al interior de grupos o sociedades.

En la Cumbre de Desarrollo Social, realizada en Copenhague en el mes de marzo de 1995, se consideró el tema de la exclusión y se relacionó con la pobreza, discriminación de género, discriminación étnica, religiosa, los problemas del ambiente y el acceso desigual a la educación, entre otros aspectos.

La exclusión es considerada, según Quinti: “como un fenómeno de segundo grado producido por una pluralidad de procesos o factores que afectan a los individuos y a los grupos humanos impidiéndoles acceder a un nivel de calidad de vida adecuado y/o a utilizar plenamente sus capacidades” (1999, p. 292).

Los procesos presentes y que se relacionan con la conformación de este fenómeno son múltiples y, desde la perspectiva de este concepto, son considerados como factores de riesgo social: dificultad o imposibilidad de acceder a la estructura del empleo, falta de acceso a la educación, a la salud, a los servicios de apoyo social, a la vivienda, la discriminación política, entre otros.

La exclusión social presenta, además, un grave riesgo para la sociedad pues ésta, pierde el control que debería tener de los riesgos presentes o potenciales que el proceso genera, por las mismas características del fenómeno.

Conceptualmente, también se distingue entre la exclusión social directa e indirecta; la primera se refiere a la presentación de factores como la pobreza crítica o extrema, factores que suponen en sí mismos una forma de exclusión social. Sin embargo, la exclusión social indirecta se refiere a acumulación de los factores señalados anteriormente sobre un individuo o grupo (Quinti, 1999).

Las diferencias fundamentales de este concepto con los de riesgo social y vulnerabilidad, se refieren principalmente a que desde la perspectiva de lo anteriormente expuesto, la exclusión social es un fenómeno de carácter multidimensional. El riesgo social es un fenómeno menos complejo, que no por ello deja de ser preocupante (Sánchez, Muñoz y Villarroel, 2005). Al respecto, Quinti (1999, p. 302) señala:

[...] nos enfrentamos a una situación de exclusión social cuando un conjunto de factores de riesgo social se acumulan sobre un mismo individuo, un mismo grupo humano o una misma área territorial. Además enfrentamos un situación de exclusión social cuando un sólo factor de riesgo social es tan grave y relevante que puede ser el origen de una situación de exclusión social. (1999, p. 302)

Por lo tanto, es posible asociar el concepto de vulnerabilidad social, de mayor uso entre los especialistas latinoamericanos, considerándolo como una forma potencial de exclusión social.

Con relación a lo anterior, es posible señalar que actualmente a diferencia del concepto de marginalidad de los años 1970, el de vulnerabilidad se constituye como un rasgo social distintivo y característico del actual patrón de desarrollo de las economías de la región de América Latina y el Caribe.

Según Pizarro (2001), este concepto asume un carácter explicativo de la problemática social de fin de siglo, siendo a su juicio, complementario de los enfoques de pobreza y distribución del ingreso que se utilizan actualmente.

Diferente al concepto de pobreza, el de vulnerabilidad tiene a juicio del mismo autor, dos componentes de carácter explicativo, a saber:

[...] por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico-social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que

utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. (Pizarro, 2001, p. 11)

Por lo tanto y en mérito a lo expuesto, a diferencia de los enfoques de la pobreza y los métodos de medición del fenómeno, el concepto de vulnerabilidad entrega una visión más completa sobre las características y condiciones de vida de las personas. Desde una perspectiva metodológica, la medición del fenómeno se realiza mediante una relación entre los factores de riesgo social que se ubican en cada campo temático, por ejemplo, salud o educación, según las características y contexto de cada país o grupo y los datos estadísticos que se poseen, estableciendo diferentes indicadores o factores de riesgo para cada caso.

La crítica subyacente al enfoque de la pobreza desde esta perspectiva, es su calificación referentemente descriptiva, de determinadas características de los grupos sociales, individuos y familias, sin entrar a establecer las causas que originan el fenómeno. Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad como fenómeno se refiere al carácter de las estructuras e instituciones sociales y al impacto en las comunidades y familias.

En este contexto, es importante, en el contexto de las políticas, considerar sus dimensiones que son diferentes y que se expresan en niveles cuantitativos distintos.

El nuevo patrón de desarrollo que impulsa el modelo económico, ha afectado los recursos de las personas y sus familias: la vulnerabilidad se ha expresado en la década de los noventa en diferentes aspectos o dimensiones de la vida social de los grupos, los individuos y sus familias, entre ellos, el trabajo, el capital humano y el capital físico.

Con respecto al trabajo, Pizarro establece y precisa la presencia de la vulnerabilidad señalando que:

[...] en la práctica el acceso al empleo en las ramas modernas y en las grandes empresas, vale decir el sector dinámico de la economía se encuentra restringido a personas con formación altamente calificada. Para el resto de la fuerza de trabajo, las oportunidades se reducen a las ramas de baja productividad y a las pequeñas y microempresas, las que normalmente ofrecen bajos salarios y se caracterizan por una mayor precariedad. Es posible constatar, entonces, un estrecho círculo entre vulnerabilidad social y empleo que no existía con el patrón de desarrollo propio de la industrialización. (2001, p. 14)

## Distribución del ingreso y desigualdad

El coeficiente de Gini, mide el grado de desigualdad en la distribución de los ingresos entre los individuos u hogares de un determinado país, desde una distribución de perfecta igualdad que corresponde a 0. Según el Informe de Desarrollo Humano del año 2009 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009), el coeficiente de Gini para Namibia fue 0,707 (situación de máxima desigualdad), mientras que el de Dinamarca fue 0,247 (situación de máximo reparto igualitario). De acuerdo a este informe, el coeficiente de Brasil fue de 0,571; el de México, 0,546; de Argentina, 0,542; de Venezuela, 0,471; de China, 0,447; de Estados Unidos, 0,445; de Rusia, 0,391; de Portugal, 0,385; de Italia, 0,36; de Francia, 0,327; de España, 0,325; de Alemania, 0,283; de Suecia, 0,25; de Japón, 0,249. Para la evolución del coeficiente en el caso chileno, ver Tabla I.

**Tabla I. Evolución del coeficiente de Gini en Chile: 1994-2009.**

<b>Años</b> <b>Ingreso</b>	<b>1994</b>	<b>1996</b>	<b>1998</b>	<b>2000</b>	<b>2003</b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>
Monetario	0,57	0,57	0,58	0,58	0,57	0,53	0,53
Autónomo	0,55	0,56	0,57	0,58	0,56	0,54	0,55

FUENTE: Chile, 2009.

## Políticas compensatorias

Se considera necesario plantear el tema de las políticas compensatorias en salud, desde la perspectiva del análisis de Reimers (2000), analizando sus éxitos y fracasos desde la funcionalidad que presentan para corregir o disminuir la adversidad (o perversidad) del modelo económico imperante en el país.

En ese contexto, es posible señalar que aún cuando en los distintos países latinoamericanos se ha avanzado, tanto en el desarrollo e implementación de políticas compensatorias (siendo el caso más distintivo el de la educación), como en políticas de discriminación positiva, la implementación de líneas y programas de acción para superar las desigualdades de género, entre otras, es posible señalar que este desarrollo ha sido bastante desigual, pues se encuentra relacionado con el contexto político y económico de cada país. Desde esa perspectiva, Pedroza y Villalobos (2009) señalan que independiente de los esfuerzos se observan claras diferencias en la región y

las desigualdades se mantienen. Desde la perspectiva de los autores señalados, y con el interés de minimizar el círculo perverso de las desigualdades, las políticas compensatorias en salud, educación y vivienda, entre otras, se constituyen en una estrategia para disminuir las adversidades del modelo económico que afectan a los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

En ese contexto, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2001-2002) señala que debe actuarse con integralidad para superar (o mejor dicho compensar) las desigualdades existentes. Se fundamenta lo anterior dado en que en los contextos vulnerables y de alta exclusión, las desigualdades se superponen y se potencian, afectando el éxito de los programas y el efecto positivo de las políticas, en especial en los sectores más carenciados.

Según los investigadores Pedroza y Villalobos (2009), es posible afirmar que las denominadas políticas compensatorias son también definidas como políticas o líneas de acción de discriminación positiva. Éstas son elaboradas por el Estado y se orientan a los grupos más excluidos, con el objetivo central de disminuir las brechas de desigualdad existentes con el resto de la sociedad. Sin embargo no siempre son exitosas, lo que podría explicarse tanto por la multidimensionalidad del fenómeno de la pobreza, como por la falta de conocimiento de las condiciones particulares de los grupos pobres, sus dinámicas, la fragilidad de los lazos con la sociedad y también por la falta de entrenamiento para trabajar en contextos de pobreza dura.

Independiente de sus efectos beneficiosos que pueden ser relativos, existen no pocos detractores respecto a la intencionalidad que subyace a las políticas compensatorias, en la medida que señalan que ayudan a mantener el *status quo* y a mantener las situaciones de conflicto social en relativo control.

En rigor, es posible señalar que la existencia de políticas compensatorias en Chile, en el cual el Estado tiene sólo un rol subsidiario, responde en cierta medida a las críticas, dado que lo que hacen es compensar los efectos adversos del modelo que se caracteriza por la concentración de la riqueza y la falta de distribución.

Con respecto a la salud y referido al tema de rol subsidiario del Estado en una economía neoliberal como la chilena, se señala que la salud es una responsabilidad privada (Uharte, 2007). Desde esa perspectiva, el Estado podría intervenir sólo para regular los problemas que existan en el “mercado de la salud”. Esta problemática y la ausencia de un rol protector y responsable del Estado, es clara en el caso de Chile. Actualmente, se discute en el país la Ley de

Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que son privadas. Según Uharte: “Las propuestas de política social neoliberal instauran la hegemonía de la lógica privada frente a lo público” (2007, p. 71).

## **El caso de Chile: el contexto de las políticas**

Se identifican brevemente algunos programas que son parte del sistema de protección social que existe en el país. Desde el contexto de este trabajo, es posible considerarlos como parte de una política compensatoria o de tipo instrumental en salud, dado que han sido diseñados para resolver deficiencias sectoriales identificadas por el sistema.

### **Red Protege**

Es una red de protección social que busca dar seguridad y oportunidades a los habitantes del país (hombres y mujeres) a lo largo de toda su vida.

### **Chile Solidario**

Es un componente del sistema de protección social que opera en Chile, orientado a atender a familias, personas y territorios que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Este programa se implantó en el año 2002, siendo definido como una estrategia gubernamental orientada a la superación de la pobreza extrema. En años posteriores, se proyectó y se consolidó como una red institucional de apoyo a la integración social. Esta red tiene diferentes mecanismos y dispositivos que, según lo define el programa, permiten ampliar las oportunidades para las personas en los diferentes territorios. Lo anterior, unido a la implementación de la Ficha de Protección Social (FPS), posibilitó que el programa Chile Solidario pudiera ampliar su cobertura hacia otros grupos en situaciones carenciadas y difíciles, generando iniciativas para atender diferentes situaciones de vulnerabilidad de la población.

### **Programa Puente**

Este programa es la puerta del Sistema Chile Solidario. Está a cargo del Fondo de Solidaridad Social (FOSIS), en convenio con las municipalidades o gobiernos locales del país. Entrega a las familias beneficiarias apoyo psicosocial, que consiste en acompañar con un profesional o técnico, que recibe el nombre de “apoyo familiar”, a las familias que participan del programa y de sus líneas de acción. Este apoyo se hace operativo en un sistema de visitas periódicas.

dicas en cada domicilio familiar. El objetivo fundamental es que el profesional o técnico de apoyo se constituya en un enlace entre la familia y la red pública y privada de promoción social, en áreas tales como: identificación, salud, educación, dinámica familiar, habitabilidad, trabajo e ingresos. Este acompañamiento dura 24 meses, debiendo constituirse de acuerdo a lo expresado en el programa como un estímulo para potenciar las fortalezas de la familia.

### **Chile Crece Contigo**

Este es un programa de protección integral a la infancia vulnerable elaborado en el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. Tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizar apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor señalando que los beneficios corresponderán a cada quien, según sus necesidades.<sup>2</sup>

Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o prekindergarten (4 o 5 años de edad).

Considerando las características del desarrollo infantil y reconociendo que en él influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales de los niños(as), el programa Chile Crece Contigo,<sup>3</sup> consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia, de manera de generar una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 4 o 5 años de edad (primera infancia). De esta manera, a un mismo niño o niña se le estará brindando apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: salud, educación preescolar, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros. En este sentido, se habla de integralidad del sistema de protección social.

---

<sup>2</sup> Ver: <http://www.crececontigo.gob.cl/sobre-chile-crece-contigo/que-es>.

<sup>3</sup> Mayores antecedentes sobre evaluación del programa en Arcos et al. (2011).

## Antecedentes empíricos

Para ilustrar los argumentos anteriormente expuestos, se hace referencia a un estudio financiado por la Universidad Andrés Bello de Chile.<sup>4</sup> El objetivo fue evaluar la efectividad del programa Chile Crece Contigo y establecer el nivel de las transferencias a las usuarias, todas ellas garantizadas por ley. La investigación de tipo descriptivo (años 2010 y 2011) utilizó un enfoque combinado de técnicas: estudio de datos secundarios, encuesta social y entrevistas en profundidad. El total de casos analizados de las bases secundarias del Ministerio del Planeamiento (MIDEPLAN) fue de 1.646 casos, todos innominados, de acuerdo a consideraciones éticas.

### Resultados de la información cuantitativa

Los datos cuantitativos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS. Es importante señalar, que en la evaluación del programa Chile Crece Contigo, se encontraron importantes disparidades con respecto a los criterios para establecer el nivel de vulnerabilidad de las familias, dado que los diferentes instrumentos de medición que fueron utilizados por los organismos oficiales para obtener la información y elaborar las bases de datos, para la orientación y focalización de la política y sus diferentes líneas de acción, presentaron problemas de confiabilidad.<sup>5</sup>

Se presentan, asimismo, los antecedentes empíricos que permiten comprender las desigualdades existentes y el “alcance real de las compensaciones” de la política.

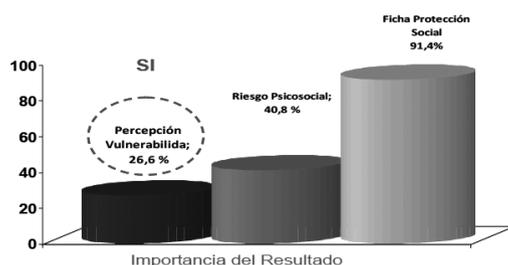


Gráfico 1. Situación de vulnerabilidad detectada durante el control prenatal.

FUENTE: Proyecto DI-21-10R. Dirección General de Investigación y Postgrado 2010/2011 | UNAB.

<sup>4</sup> Proyecto DI-21-10R Dirección General de Investigación y Postgrado UNAB, investigadoras Estela Arcos y Luz A. Muñoz, en el cual también la autora de este trabajo participa como co-investigadora en representación de la Universidad de Playa Ancha.

<sup>5</sup> Mayores antecedentes en Arcos et al. (2011).

Los datos permiten señalar que los datos provenientes de la Ficha de Protección Social establecen que el total de los casos estudiados presenta un 91% de vulnerabilidad, sin embargo, durante el control prenatal en el Centro Familiar de Salud (CESFAN), la percepción de vulnerabilidad es de 26,6 %.

Con respecto a los tipos de riesgo psicosocial, en el contexto de la muestra estudiada, un 12,1 % presenta conflictos con la maternidad, abuso de sustancias (17,5), insuficiente apoyo familiar (26,2) violencia de género (19,5) síntomas depresivos (24,5).

Con relación al acceso a las transferencias del programa Puente, los datos se presentan en el Tabla 2.

**Tabla 2. Transferencias del programa Puente a las familias según vulnerabilidad.**

<b>Nivel de vulnerabilidad</b>				
<b>Prestación Puente</b>	<b>Pobreza dura</b>	<b>Percentil 20%</b>	<b>Percentil 40%</b>	<b>No vulnerable</b>
Sí recibe	12,2 %	10,9 %	6,9 %	2,8 %
No recibe	87,8 %	87,1 %	93,1 %	97,1 %
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Proyecto DI-21-10R. Dirección General de Investigación y Postgrado 2010/2011 UNAB.

Se observa que sólo un 12,2% de las familias con pobreza dura definida reciben prestaciones Puente. Lo anterior podría explicarse por la fragilidad y la falta de integralidad del propio programa.

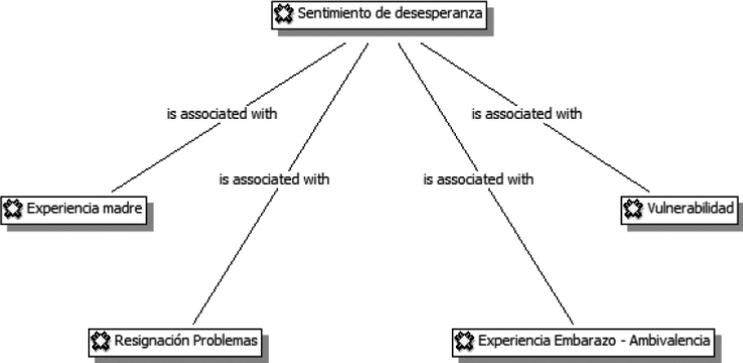
### **Antecedentes cualitativos**

La información cualitativa fue analizada con el programa Atlas/ti, cuyos resultados se señalan brevemente en este trabajo.

En el marco teórico de la investigación realizada, el sentimiento de desesperanza aprendida, presenta como principales características: el conformismo, la resignación, la renuncia, la inseguridad y el no vislumbrar una alternativa de cambio. Se relaciona con el modelo de indefensión, que plantea principalmente que las personas presentan un déficit cognitivo, emocional y motivacional frente a situaciones incontrolables (Seligman, 1975). Al respecto, se muestra una

gráfica del procesamiento con el software cualitativo que permite interpretar las relaciones señaladas.

Para la realización de este gráfico, se tomaron en consideración cuatro categorías que, de acuerdo a los antecedentes teóricos, se encuentran asociadas con el sentimiento de desesperanza, que son: “experiencia madre”; “resignación problemas”; “experiencia embarazo – ambivalencia” y “vulnerabilidad” (Gráfico 2).



**Gráfico 2. Sentimiento de desesperanza.**

El análisis cualitativo de las entrevistas en profundidad, permitió observar un fuerte sentimiento de soledad y desesperanza aprendida por parte de las mujeres, resignación y conformismo frente a la situación a la cual se enfrentan. Con un alto porcentaje de casos (considerando la data cuantitativa), de embarazos no deseados. La condición de invisibilidad de la mujer para el equipo de salud en la mayoría de los casos refuerza el sentimiento de desesperanza que es central en las entrevistas.

Las mujeres se perciben excluidas y hay sentimientos de vulnerabilidad y resignación en los discursos analizados. La experiencia del embarazo presenta sentimientos ambivalentes en el sentido de ser un embarazo y una situación no deseada que la madre no puede explicarse y que se supera a partir del proceso de asumir la maternidad y el desarrollo de la relación madre-hijo, en el proceso de socialización primaria.

La precariedad de la existencia de las usuarias del programa con respecto a la condición de la vivienda, la búsqueda de un empleo, la condición de allegada en casa de los padres o familiares hacen aún más difícil la condición de asumir la maternidad. Se observa en los relatos, falta de comprensión a su

condición de vulnerabilidad y pobreza y presencia de relaciones de poder por parte del personal de salud.

## Consideraciones finales

Primero, es importante el reconocimiento de la pobreza como una construcción cultural y social, para el diseño de políticas y elaboración de programas sociales.

Los estudios realizados por Reimers (2000) y Uharte (2007) señalan que las políticas compensatorias (consideradas también como instrumentales) carecen de integralidad, y los distintos actores encargados de elaborar, implementar y conducir los diferentes programas y líneas de acción de las políticas tienen desconocimiento de las características culturales que condicionan los comportamientos de los usuarios /as de los programas, afectando la relación de las personas en situación de pobreza con la sociedad.

Independiente de la acción beneficiosa de las políticas para los grupos en situación de pobreza, éstas no logran generar cambios permanentes tanto en la situación de salud, como en las relaciones familiares y la crianza de los hijos. Lo anterior, se fundamenta en que están elaboradas sólo para intentar corregir parte de las adversidades (o perversidades) del modelo, carecen de integralidad y no generan cambios permanentes, debido a las condiciones estructurales existentes en el sistema que afectan la vida de las familias pobres.

Con respecto a la información presente en los relatos de las madres entrevistadas, existen antecedentes que alertan dolorosamente sobre los sentimientos de soledad, abandono y también conformidad con respecto a una situación de adversidad de la cual pareciera ser difícil escapar.

Las mujeres estudiadas, señalan ser invisibles para los equipos de salud en muchos casos. Esta situación podría ser interpretada considerando la falta de integralidad de los programas, la carencia de una visión sistémica y las dificultades del personal de salud para trabajar en contextos de pobreza extrema.

Es necesario señalar, además, que en el caso del programa estudiado: Chile Crece Contigo, los antecedentes empíricos obtenidos permiten señalar que independientemente de los beneficios del programa estudiado, la mayor parte de ellos no llegan a los usuarios, en este caso las madres, objeto central de esta política. Ellas no saben de los beneficios que el programa comporta en su totalidad, tampoco están informadas con claridad de sus derechos (garantizados por ley), las desigualdades iniciales permanecen, lo cual reafirma la idea central de este trabajo con respecto a las limitaciones de las políticas compensatorias.

Este tipo de políticas, especialmente en salud y educación, en el mejor de los casos, generan cambios o modificaciones parciales de las condiciones de las familias que viven en pobreza. En relación a lo anterior, es necesario reconocer la necesidad de cambios estructurales profundos que permitan condiciones favorables para el crecimiento equitativo del país.

Finalmente, se señala que una sociedad es más justa, cuando puede lograr reducir la relación desfavorable entre el acceso a los beneficios del crecimiento y las características sociales de sus miembros o “circunstancias adscriptivas”. En este sentido, dadas las condiciones de gran desigualdad existentes en el país, es urgente y necesario abordar desde el Estado, los cambios necesarios para responder a las necesidades de mayor justicia social y bienestar colectivo, demandas mayoritarias planteadas por la sociedad civil en los últimos años.

## Referencias bibliográficas

ARCOS, Estela et al. Vulnerabilidad social en mujeres embarazadas de una comuna de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, Santiago de Chile, n. 139, p. 739-747, 2011.

ARRIAGADA, Irma. *Cambios en las políticas sociales: políticas de género y familia*. Santiago de Chile: CEPAL, 2006.

CHILE. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. *Encuesta nacional de caracterización socioeconómica (CASEN): Distribución del ingreso – 2009*. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación, 2009.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). *Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 2001-2002.

KLIKSBERG, Bernardo. Hacia una nueva visión de la política social en América Latina: desmontando mitos. *Revista Venezolana de Gerencia*, Maracaibo, v. 8, n. 21, p. 9-37, 2003.

KLIKSBERG, Bernardo. Inequidad y crecimiento, nuevos hallazgos de investigación. In: CARPIO, Jorge; NOVACOVSKY, Irene. *De igual a igual, el desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica/FLACSO, 1999. p. 30-66.

NAVARRO, Luis. La escuela y las condiciones sociales para enseñar y aprender. *Revista Persona y Sociedad*, Santiago de Chile, v. 18, n. 3, p. 173-190, 2004.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE). *Economic Policy Reforms 2013: Going for Growth*. Paris: OECD, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). COMISIÓN SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: OMS, 2008.

PEDROZA, René; VILLALOBOS, Guadalupe. Políticas compensatorias para la equidad de la educación superior en Argentina, Bolivia y Venezuela. *Revista de la Educación Superior*, México, D.F., v. 38, n. 152, p. 33-47, oct.-dic. 2009.

PIZARRO, Roberto. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, 2001

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD). *Informe sobre desarrollo humano 2009*. Madrid: PNUD, 2009.

QUINTI, Gabrielle. Exclusión social: el debate teórico y los modelos de medición y evaluación. *Cuadernos de Políticas Sociales*, Buenos Aires, n. 3, 1999.

RAWLS, John. *Teoría de la justicia*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1979.

\_\_\_\_\_. *La justicia como equidad: una reformulación*. Barcelona: Paidós, 2002.

REIMERS, Fernando. *Unequal Schools, Unequal Chances: The Challenges To Equal Opportunity In The Americas*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 2000.

SÁNCHEZ, Ximena; MUÑOZ, Patricia. Desigualdad educativa: antecedentes para su discusión. *Sociología Perspectivas y Debates*, Playa Ancha, n. 2, 2005.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. VILLARROEL, Gladys. Pobreza rural: un análisis regional. *Revista HaCER Región*, Valparaíso, v. 1, n. 2, p. 159-179, 2005.

SELIGMAN, Martin E. P. *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman, 1975.

SEN, Amartya. *Bienestar justicia y mercado*. Buenos Aires: Paidos, 1997.

SEN, Amartya. *¿Qué impacto puede tener la ética?* In: SEMINARIO INTERNACIONAL ÉTICA Y DESARROLLO. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2003.

UHARTE, Luis Miguel. Política de salud y democracia social. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, Caracas, v. 13, n. 3, p. 69-86, sept.-dic. 2007.



# Políticas públicas em saúde e os desafios da democratização do bem-estar: repensando a utopia do Sistema Único de Saúde no Brasil

Paulo Henrique Martins

## O SUS, as políticas públicas e o desenvolvimento democrático

Por motivos vários, o Sistema Único de Saúde (SUS) é amado e odiado. Detestam o SUS os grupos econômicos neoliberais que defendem a privatização da saúde pública. Admiram o SUS os que entendem que ele representa uma proposta de política pública de saúde avançada e que reflete as lutas históricas do movimento sanitarista, no Brasil, nas últimas décadas. Neste texto vamos desenvolver uma linha de reflexão que se posiciona a favor dos que admiram o SUS e o considera um projeto de política pública arrojada e que pode ser exemplo para reformas mais amplas do aparelho estatal. Particularmente, buscamos demonstrar que há aspectos das dificuldades de institucionalização do SUS que ainda não foram devidamente explorados e que têm a ver com a pluralidade de lógicas que organizam o funcionamento da ação estatal em sociedades pós-coloniais como a brasileira. Há discussões importantes sobre o SUS que não foram realizadas e que dizem respeito às suas dificuldades de institucionalização e às suas perspectivas futuras como sistema de direito à vida.

Para avançar nessa reflexão vamos buscar salientiar dois pontos: um, demonstrar que a experiência do SUS como política pública é ousada não apenas na sua concepção programática, mas também por se constituir numa novidade num país em que as políticas públicas são marcadas pelo autoritarismo e pelo mandonismo. Por isso, por constituir uma novidade, o SUS encontra resistência importante nos setores mais conservadores no campo da saúde e fora dele (Paim e Almeida Filho, 2000). O outro ponto, que complementa o anterior, diz respeito ao fato de as possibilidades do SUS de deterem as ameaças privatizantes e aparecerem como experiência exemplar de política pública democra-

tizante dependem da atualização do debate sobre a relação entre saúde e desenvolvimento democrático no Brasil, de modo a valorizar os direitos à saúde como inovações jurídicas que reforçam os direitos republicanos e que podem ser a base para direitos mais ousados referentes à proteção à vida.

A reflexão comparativa sobre a relação entre democracia e desenvolvimento a partir do campo da saúde tem importância particular para se entender as perspectivas de reforma do Estado e os limites das inovações das políticas públicas em face da cultura política conservadora, por um lado, e das pressões democratizantes, por outro. O SUS continua sendo um exemplo original e inovador para pensar as políticas públicas neste contexto de pressões conservadoras e privatistas.

## **O SUS e a democratização na saúde**

O SUS no Brasil é emblemático porque foi concebido e implantando num contexto paradoxal, aquele da nova Constituição de 1988. Trata-se de um projeto ousado, o qual contempla pontos que, em conjunto, inovam na concepção do que seja a política de cidadania no Brasil, propondo desafios como os da universalidade, da integralidade, da equidade, da descentralização e da participação popular (Luz, 2007).

O debate constitucional que inspirou a criação do SUS se desenrolou, por conseguinte, num contexto marcado por pressões sociais diversas: aquelas democratizantes oriundas da luta contra a ditadura militar, por um lado, e aquelas neoliberais e voltadas para os interesses mercantis, por outro. Por essas razões, o SUS se expandiu com muitas dificuldades nas duas últimas décadas. Ele recebeu fortes pressões dos interesses privatizantes – dos planos de saúde, da indústria farmacêutica e das empresas privadas atuando no campo da saúde –, o que certamente contribuiu para que viesse a ser associado de forma injusta e pejorativa a um “plano de saúde para pobres”. Essa estigmatização é uma injustiça por duas razões: em primeiro lugar, pelo fato de o SUS se constituir num programa universal e voltado para o atendimento de toda a população, independentemente de sua classe social ou nível de renda. Assim, por constituir uma política universalista, o SUS tem sido acionado não somente pelas camadas pobres, mas igualmente pelas ricas. Basta analisar quem são os usuários dos serviços de alta complexidade do sistema SUS, que cuida do fornecimento de medicamentos e procedimentos dispendiosos. Observando os clientes desse serviço, pode-se concluir rapidamente que as camadas ricas são também usuárias zelosas do sistema.

A outra razão, que é mais interessante para a perspectiva que buscamos desenvolver neste texto, diz respeito ao fato o SUS ser a experiência mais bem-sucedida de implantação de uma política pública inspirada numa lógica socialdemocrata e voltada para valorizar e implicar o usuário do sistema na organização da proteção social e pública universal, integral e intersetorial, no Brasil (Siqueira e Bussinguer, 2010).

Vale igualmente lembrar que o SUS inova como modelo de gestão pública, ao articular e responsabilizar diferentes instâncias de governos – central, estadual e municipal – na administração financeira dos recursos governamentais destinados ao setor. Nessa perspectiva, o SUS difere das políticas públicas usuais do Estado desenvolvimentista, que reduziam o usuário à condição de indivíduo tutelado num sistema autoritário e paternalista. O SUS se distancia também da concepção de políticas públicas liberais que valorizam o atendimento ao assalariado que cotiza os planos privados, reduzindo o usuário a cliente de bens de consumo e serviços médicos (Martins, 2003).

O entendimento dessa particularidade do SUS – seu caráter institucional inovador num contexto conservador – nos leva a exteriorizar uma pergunta curiosa: como um ideal socialdemocrata de política de saúde voltado para valorizar e integrar o cidadão na organização de seus cuidados pode prosperar num regime político autoritário que se caracteriza justamente por desvalorizar a participação do cidadão para prestigiar o jogo das elites e os saberes especializados das corporações profissionais, entre elas as poderosas indústrias de medicamentos e corporações de profissionais biomédicos? Essa pergunta é importante para se entender mais claramente o caráter das lutas democratizantes envolvendo usuários, profissionais de saúde, gestores, políticos e empresários em torno das políticas de saúde no Brasil. Há lutas que ocorrem num plano mais amplo, macroinstitucional, implicando diversos ministérios em torno de distribuição de recursos orçamentários ou mesmo dentro do Ministério da Saúde envolvendo grupos com interesses econômicos e políticos diferentes. Há, por outro lado, lutas mais restritas no plano microinstitucional, abrangendo os atores responsáveis pelas ações em saúde nos âmbitos estadual, municipal e comunitário, e que, além de implicarem temas como distribuição de recursos estatais, envolvem igualmente aspectos da gestão e da participação na ponta do sistema público. A organização das racionalidades médicas (Luz, 2008) e da gestão no plano municipal e local é complexa e concentra, numa dimensão microinstitucional, lógicas políticas, econômicas e culturais diferentes.

Ou seja, para se avançar na problematização do SUS como política pública inovadora há que se ter clareza a respeito do peso que as determinações macropolíticas na saúde têm sobre as práticas micropolíticas, como aquelas dos cuidados, e vice-versa. Assim, muitas vezes os profissionais da ponta do sistema são responsabilizados pela ineficiência das ações em saúde, sem que seja considerado com seriedade, por exemplo, como a cultura autoritária do Estado brasileiro subverte todas as tentativas de organização de práticas mais igualitárias entre profissionais estatais e cidadãos no plano local (Martins, 2002). Isso significa que as melhores boas intenções dos profissionais de saúde e também dos cidadãos com relação à organização de um cuidado integral (Pinheiro e Mattos, 2008) são frequentemente sabotadas por regras excessivas, pela descontinuidade das ações, pela ausência de apoio financeiro e logístico, e pelo excesso de atribuições administrativas, que exaurem física e psicologicamente o cenário local em que se desenvolvem as redes de apoio social (Lacerda, 2010).

As expectativas mais otimistas no que diz respeito ao papel das relações diretas na democratização do sistema de saúde são frequentemente desfeitas por uma estrutura de poder burocrática desumana e que não é sensível ao valor do cuidado e do acolhimento – embora use esses constructos como estratégias retóricas para a legitimação de poder. Assim, embora as práticas micropolíticas sejam fundamentais para as perspectivas da revolução molecular na saúde, elas sozinhas são insuficientes para dar conta do emaranhado de regras, interesses, valores utilitários e crenças conformistas que inibem e sabotam as práticas diretas na ponta do sistema, por um lado, e que eliminam o impacto transformador das ações dos legisladores e planejadores, por outro. Sabe-se que a hierarquia administrativa e burocrática sabota as melhores ideias e desvia recursos estratégicos que deveriam ser usados na organização da cidadania na saúde.

A seguir vamos tentar entender mais de perto as lógicas das políticas públicas para melhor visualizarmos o lugar do SUS.

## **Políticas públicas: entre autoritarismo e democracia**

Para se avançar na defesa teórica do SUS é importante que aprofundemos a discussão dos sentidos das políticas estatais e públicas no Brasil. Tradicionalmente as políticas em saúde são pensadas a partir de duas lógicas: uma, que chamamos de positivista autoritária, que está relacionada com o modo hierárquico de funcionamento do Estado brasileiro no período colonial e pós-colonial; e outra, que denominamos liberal mercantil, e que se expandiu com a economia de mercado – e, sobretudo, com o neoliberalismo – nas últimas

décadas do século XX. A história da proteção à saúde no Brasil revela essas duas tendências: uma, a positivista autoritária, que busca tutelar a população desassistida, por considerá-la incapaz para exercer a cidadania plena (Demo, 1995); a outra, a liberal mercantil, que privilegia o indivíduo que pode cotizar planos de saúde, independentemente de esses planos serem privados ou estatais, e consumir as mercadorias do capitalismo médico (Martins, 2003).

Em geral, a lógica positivista não se refere nem à democracia nem ao mercado, mas, sim, a uma tradição burocrática e autoritária centralizadora que busca enquadrar a saúde no lema de “ordem e progresso”, atualizado nos anos 1950, pelos intelectuais positivistas, por outro lema, o do “desenvolvimento com segurança”. A lógica burocrática e positivista é muito forte no Brasil, e parte do princípio de que a intervenção estatal é necessária para ordenar a sociedade e a política (Schwartzman, 1988). Essa tese se funda na perspectiva de que as populações pobres são desassistidas e incapazes de ordenar a vida social sem a tutela do poder estatal. Certamente, essa visão das políticas públicas é evidentemente elitista, com pouco espaço para a participação social e popular, que sempre é considerada um problema. Nessa concepção, a participação popular é tradicionalmente entendida como uma estratégia perigosa que pode sabotar a hierarquia do poder estatal. Nos anos 1940 e 1950, essa perspectiva ganha materialidade no campo da saúde nas metáforas bélicas e na noção de combate ao inimigo da saúde (combate à doença, combate aos vetores com dengue etc.). Na política pública autoritária há uma relação entre o combate ao inimigo da ordem e a proteção à população incapaz. Na verdade, essa “incapacidade” apenas revela uma cultura de humilhação das populações pobres que foi gerada no pacto colonial reproduzindo-se ao longo dos séculos pela colonialidade do poder (Martins, 2009). Temos aqui uma lógica que atualiza o poder colonial, inclusive nos dias atuais. Para muitos, essa lógica estaria desaparecendo, sobretudo com o advento de uma cultura de massa global e, também, com a democratização e mesmo com a expansão do utilitarismo mercantil; mas ela continua mais viva que nunca. E ela continua a sobreviver por meio das políticas assistencialistas, mesmo quando visam igualmente subsidiar o consumo, como é o caso das bolsas família no Brasil.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Segundo consta, o Programa Bolsa Família apenas passou a ser prioridade de política pública quando técnicos do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea) do governo federal provaram ao Ministério da Fazenda que para cada R\$ 1,00 investido nas famílias teria um retorno de R\$ 1,50 em termos financeiros. Ou seja, quando se revelou ser um bom negócio para o governo! Nada foi dito sobre o interesse desse programa para gerar responsabilidades e solidariedades na vida comunitária local. Na verdade, parece que essa solidariedade nunca foi algo bem visto pelos economistas do governo federal, inclusive aqueles do Partido dos Trabalhadores (PT).

A outra lógica de organização da ação em saúde expressa pelas políticas liberais preconiza o papel da economia de mercado como reguladora prioritária das ações sociais. Aqui, não há preocupação com o cidadão em geral, mas com o cidadão consumidor, aquele que pode pagar pelos cuidados no mercado de doenças e medicamentos. Emerge aqui uma visão de cidadania que é reduzida à sua dimensão mercadológica. Essa noção de cidadania enfatiza os aspectos econômicos, e negligencia os temas da participação social e popular na organização da esfera pública. Não existe aqui nenhuma preocupação em liberar práticas de reciprocidade ou de favorecer a solidariedade. Cidadania é consumo, inclusive da doença e da morte (Martins, 2003).

Ainda que esse entendimento reducionista e consumista da cidadania favoreça os indicadores econômicos e enalteça o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), ele tem consequências sociais muito negativas. Nesse sentido, os indicadores sociológicos demonstram que as políticas assistencialistas de inserção pelo consumo individual se fizeram acompanhar da perda da solidariedade comunitária, que era assegurada pelas ações gratuitas, e do aumento da violência criminal urbana. Os indicadores sociológicos demonstram que esse tipo de política utilitarista e mercantilista de promoção da cidadania implica profundas desorganizações comunitárias, pois contribui para o abandono das esferas comunitárias de expressão da solidariedade.

No que tange à saúde, essa perspectiva mercantilista aproxima-se muito do modelo estadunidense em que o cidadão paga pelo seu acesso à saúde, de modo direto ou na forma de cotizações (os planos empresariais de saúde). Quem estiver desempregado, todavia, conhece naquele país dificuldades importantes para acessar a proteção social, visto que a expansão da saúde pública encontra grandes resistências por parte do individualismo utilitarista dominante.

No Brasil, o SUS emerge como a utopia de um sistema de proteção socialdemocrata, em um sistema político tradicionalmente antidemocrático e controlado pelas oligarquias e pelo capitalismo financeiro e rentista. O SUS revela a fragilidade do nosso sistema de proteção social num contexto em que as políticas públicas são marcadas pelo autoritarismo estatal e pelo utilitarismo mercantilista. Ele revela, contudo, uma originalidade que permite distingui-lo dessas duas lógicas conservadoras de organização das políticas em saúde no Brasil: a autoritária positivista e a liberal mercantilista, exaltando um terceiro modelo inspirado nos Estados de proteção social e nas socialdemocracias europeias. Idealmente falando, o SUS visa proteger socialmente o cidadão, visto como unidade de ação autônoma e consciente de seus direitos de cidadania, e não tutelar

as populações ou privilegiar o mercado como regulador da saúde. Esse modelo socialdemocrata favorece a participação, a inclusão e a cogestão das ações públicas, seja na saúde, na educação, na preservação ambiental ou no trabalho, entre outras. Por isso vemos no SUS um convite à democracia participativa dentro de um espírito característico da socialdemocracia, que implica a promoção da igualdade entre os sujeitos nacionais no acesso aos bens universais.

Certamente, esse sistema socialdemocrata funciona de modo muito diverso da perspectiva neoliberal, na medida em que não tem por objetivo prioritário tornar as pessoas economicamente responsáveis por sua própria saúde, mas promover a inclusão dos indivíduos na proteção social garantida pelo Estado. O sistema de proteção social sueco é exemplar desse modelo. Na Suécia, o acesso aos serviços de saúde passa primeiramente pelo médico do bairro, que realiza todos os exames preliminares antes de indicar a pessoa para um especialista. O médico do bairro também é responsável por guardar os exames dos usuários. Assim, caso a pessoa mude de bairro, ela precisa avisar o médico, pois ele é o responsável por encaminhar os exames para o médico do outro bairro. Ou seja, o sistema de proteção estatal inclui, de modo integral, a todos. Não há um “fora” do sistema; todos estão compreendidos num dispositivo de proteção que inclui, mas exige responsabilidade cidadã e participação solidária. Certamente o sucesso do Estado de proteção social em países como a Dinamarca, a Suécia e a Noruega exige um amplo sistema de financiamento coletivo das políticas públicas, o que é assegurado pelas elevadas tributações sobre os rendimentos pessoais. Por exemplo, se o indivíduo ganha 10 mil euros de salário como técnico de uma empresa, ele terá de contribuir com algo em torno de 5 mil euros para o sistema estatal.

No entanto, essa proteção social priorizada aos sujeitos nacionais própria dos modelos socialdemocratas europeus apresenta limitações, sobretudo quando se observam as fortes restrições aos imigrantes. O regime jurídico nacionalista limita a amplitude do universalismo desse modelo de proteção social e representa o próprio limite da perspectiva da socialdemocracia como fonte de legitimação da democracia participativa, pois ela fica dependente da capacidade estatal de arrecadar recursos necessários suficientes para assegurar a plena inclusão de todos.

Essa também é uma limitação do SUS, à qual se agregam outras. Assim, se o SUS é inovador como filosofia, por se aproximar de um modelo democrático de proteção que tem funcionado adequadamente em alguns países, ele encontra limitações claras dadas pelo autoritarismo estatal, pela pressão priva-

tista e pelo contexto de desigualdades e exclusão social no Brasil, que, em conjunto, impedem sua plena institucionalidade. Às presenças desestabilizadoras das lógicas autoritárias e mercantilistas deve ser incorporada a precariedade dos financiamentos e a falta de maior exercício dos direitos de cidadania por parte das populações pobres. Esse fato precisa ser assinalado neste momento em que se buscam saídas para que o SUS não permaneça limitado a um “plano de saúde dos pobres”. Os limites da utopia do SUS e suas possibilidades podem ser expressos nas três perguntas que sintetizam nossas reflexões até o momento, e que serão abordadas na próxima seção.

## **O SUS e os desafios de sua institucionalidade**

*Como pensar a universalização dos serviços em um contexto de profundas desigualdades de acesso aos serviços, de escassez de recursos para garantir medicamentos e cuidados e de presença de grande número de excluídos que não podem pagar pelos serviços em saúde?*

Em grande parte, o sucesso de políticas socialdemocratas nos países que as adotaram, como aqueles da Escandinávia, dependeu de alguns fatores peculiares, como a relativa igualdade na distribuição de ingressos, a ética burocrática e a cooperação cidadã na manutenção dos serviços públicos em geral, incluindo os de saúde. Tomemos o tema da desigualdade social. Em países como a Suécia, as diferenças salariais dentro de uma mesma organização tendem a se situar numa escala em que o maior salário não é duas vezes superior ao menor salário. A variação salarial é restrita, o que facilita a inclusão da população num sistema de proteção social universal – limitado, claro, aos nacionais. Porém, em países como o Brasil, temos outro contexto. Aqui, as diferenças entre o menor e o maior salário são, em média, de mais de cinquenta vezes. Isso repercute negativamente sobre a solidariedade no trabalho e na vida social em geral: como incluir todos em um mesmo sistema de proteção, que deveria ser universal, quando alguém ganha cinquenta vezes mais do que você? A universalização, num caso como esse, resume-se a uma “universalização para os pobres”. Para a maioria pobre, o sistema vale, mas para a minoria rica, o que existe é o sistema privado. E eles somente recorrem ao sistema público quando se trata de despesas onerosas, como vemos com os usos dos serviços de alta complexidade do SUS no Brasil. Por isso, a implantação do SUS gera enormes contradições, pois o seu ideal universalista é contradito na prática pelos altos níveis de desigualdade social.

*Como pensar a descentralização territorial necessária à efetivação da participação responsável e solidária nas políticas de atenção em contextos políticos em que o poder local é dominado por oligarquias políticas e econômicas avessas à solidariedade comunitária?*

De certo modo, temos aqui um desdobramento da questão anterior, dado que a efetivação de uma participação cidadã solidária na saúde exige a descentralização, a fim de que os indivíduos e as comunidades possam melhor se responsabilizar, acompanhar e controlar as tomadas de decisão no âmbito da saúde. Porém, como fazer isto, se os sistemas locais são dominados muitas vezes por oligarquias e forças conservadoras, como observamos pelos desempenhos problemáticos de vários dos conselhos municipais no Brasil (Santos Junior, Ribeiro e Azevedo, 2004)? Como operar com base em uma lógica democrática, se os jogos políticos são oligárquicos, tradicionais e conservadores? Afinal, como sabemos, a clássica separação entre público e privado não funciona muito bem no caso brasileiro, e também não no caso específico da saúde (Menicucci, 2007). O privado aqui tem uma conotação muitas vezes confusa e somente se afirma pelo financiamento estatal, inclusive na saúde.

A perspectiva da concorrência de empresas privadas que convivem ao lado dos serviços públicos própria do liberalismo clássico é complicada nesse contexto. No caso brasileiro, poderíamos pensar na metáfora de uma árvore com parasitas, e os parasitas só existem enquanto a árvore estiver viva. Então, a ideia não é privatizar, mas “parasitar” por subsídios e concessões. Essa é a lógica oligárquica colonial atualizada pelo discurso neoliberal. Assim, é muito difícil falar de um sistema público em uma sociedade que jamais compreendeu muito bem as separações entre público e privado, e na qual as elites oligárquicas negociam entre si, de modo pouco transparente, a distribuição dos recursos coletivos. Trata-se de uma sociedade dividida em que as elites representam a pobreza como algo natural e mesmo como um estigma que gera repulsa. Então, a democracia representativa termina limitando-se a um jogo político oligárquico com o objetivo de assegurar o controle de poder dentro desse sistema. O SUS não pode escapar dessa lógica de poder que não favorece a solidariedade cívica e democrática. Sob a mira das pressões burocráticas, autoritárias e mercantilistas, o SUS tem sofrido, por conseguinte, ao longo dos anos, descontinuidades que ameaçam o seu futuro. As pressões privatistas revelam-se não apenas no nível econômico, mas principalmente no nível político. Há muitos grupos privados que tentam se apoderar dos recursos do SUS, pois apenas sobrevivem parasitando o sistema estatal.

É óbvio que não se pode generalizar essa contradição sem reconhecer que houve alguns avanços das políticas de saúde em contextos municipais particulares, onde foram liberadas forças socialdemocráticas. Algumas capitais brasileiras, sobretudo sob governos do Partido dos Trabalhadores (PT), conseguiram inovar nos últimos anos. São experiências que apontam para as possibilidades de ruptura nos modelos autoritários de gestão, e é importante que esses casos inovadores sejam mapeados com maior atenção, por causa de seu interesse para este debate. Aliás, há de se ressaltar igualmente experiências de políticas municipais que avançaram, e depois recuaram, sob pressão dos interesses políticos e privatistas, como é o caso do município de Camaragibe, na grande Recife, em Pernambuco. Nesse município, com a vitória de forças conservadoras nas eleições municipais, restabeleceram-se as mesmas dinâmicas oligárquicas e autoritárias anteriores. Além disso, os casos de ruptura nos modelos autoritários de gestão, infelizmente, não são a regra, mas exceções. Por isso, ao lado da valorização dos mesmos, é preciso avançar na crítica teórica ao sistema de proteção social mais amplo.

*Como pensar a participação em contextos culturais em que a pobreza é estigmatizada até pelos pobres e em que se enaltece o consumismo e a ostentação, quando se valoriza mais o privado que o público?*

Na sociedade elitista colonial brasileira, valorizavam-se a propriedade privada e imobiliária e a ostentação de bens, expressando a força da cultura oligárquica. Nesta sociedade, valoriza-se, igualmente, o consumismo, como prova de *status* social, revelando a presença da cultura utilitarista mercantilista. E se desvaloriza aqueles que são vistos como símbolos da pobreza: os indivíduos de pele negra, os ameríndios e os imigrantes de países mais pobres, como os bolivianos e outros. Nesta sociedade, a pobreza é vista como estigma e como vergonha. Na mesma medida em que esta cultura elitista e consumista valoriza a pele e a cultura do europeu, desvaloriza aqueles considerados inferiores por origem, etnia ou mesmo gênero.

O que temos aqui é uma longa história de apropriação dos bens coletivos, das terras e das tradições culturais por parte de uma elite colonial que se atualizou no contato com as novas elites capitalistas e que cooptam as populações pobres por mecanismos clientelistas ou mesmo pela repressão policial aberta. O caso bem típico desse sucesso da modernização conservadora é representado pelo agronegócio, que contribuiu para a atualização das oligarquias rurais sem que os ganhos dessa atividade econômica revertam necessariamente para o desenvolvimento nacional.

Pensando no caso da saúde, vemos que o imbróglio entre público e privado, entre representação ampliada da cidadania e representação limitada da cidadania ao consumo têm impactos sobre a saúde. O avanço da crítica social deve ser feito logo em algumas frentes que permitam esclarecer porque o econômico, a acumulação econômica, a moral do egoísmo e a apropriação privada dos recursos coletivos aparecem como direitos inalienáveis e inquestionáveis de alguns indivíduos e grupos. Essa reflexão já nos permitiria entender de imediato que a separação clássica do liberalismo entre público e privado não é clara no contexto de países como o Brasil. Aqui, o que se chama de privado é, em geral, um modo de funcionamento das elites rurais e urbanas que apenas existe graças ao acesso privado aos recursos estatais. Trata-se de um privado *oligárquico* e não do privado *mercado* tradicional, como podemos deduzir analisando as relações incestuosas dos planos de saúde privados com os fundos estatais. Assim, quando vão à falência, esses planos privados recorrem de imediato aos empréstimos estatais, esquecendo os preceitos liberais que defendem com tanta sinceridade ideológica nos tempos de bonança.

A teoria social tem tido dificuldades para avançar na crítica aos modelos de acumulação contemporâneos, na medida em que as políticas de organização da cidadania baseadas na inserção pelo consumo aparentam conter um elemento democrático, aquele do reconhecimento dos direitos de todos os indivíduos poderem consumir. Ocorre que as políticas de investimento da cidadania de consumidores, por serem reducionistas, terminam menosprezando outros elementos fundamentais da cidadania democrática, aqueles da ordem solidária, da moral coletiva, do respeito, do reconhecimento mútuo e da participação com transparência. E, no fim das contas, a acumulação fundada na cidadania dos consumidores contribui para concentrar o capital e aumentar as desigualdades sociais.

Para podermos responder com maior clareza aos desafios das ambiguidades do capitalismo privado em face do Estado e desvelar os elementos morais que se disfarçam por trás da aparente lógica econômica, vamos aprofundar a crítica à acumulação capitalista como um constructo jurídico e cultural que pode ser desconstruído pelo confronto entre direito comunitário e direito privado ocidental. No nosso entender, esse tipo de crítica pode ajudar a compreender melhor os dilemas da saúde pública no Brasil e as perspectivas da democratização da saúde.

## O direito comunitário tradicional e a atualidade da dádiva como força organizativa da sociedade e da vida

Tradicionalmente, o direito costumeiro enfatiza as obrigações coletivas, as prestações e contraprestações de dons que asseguram a vida solidária entre famílias e tribos, estando presentes em sociedades tão diversas como a germânica, a chinesa ou a céltica (Mauss, 2003). Esse direito costumeiro se faz sempre de modo ritualizado, permitindo simbolizar coletivamente os elementos diversos que contribuem para a organização da vida comunitária, como as regras coletivas, a relação com o meio ambiente, as celebrações e trabalhos comunitários. O sistema comunitário “arcaico” funciona pelo registro do dom e da solidariedade. Desse conjunto de dádivas iniciais, eu diria que a mais importante é aquela que podemos chamar de o *dom da vida*, ou seja, o dom que a natureza nos faz espontaneamente, assegurando a sobrevivência dos seres vivos e dos humanos. Ou seja, há que se ter, em primeiro lugar, livre acesso à água e aos frutos da terra para se poder partilhar comunitariamente a riqueza coletada.

Assim, o dom da vida vem em primeiro lugar, legitimando o direito ao acesso livre à natureza. Nele, o primeiro direito consiste no acesso aos recursos vitais, materiais e simbólicos. A vida é a primeira exigência que se realiza pelo dom da vida que a natureza faz ao ser humano. A primeira experiência coletiva e individual é a introdução do indivíduo num sistema de obrigações mútuas que é acionado de forma ritual para assegurar a solidariedade comunitária (Mauss, 2003). O dom da vida, na relação natureza e sociedade, explica por que o direito à vida aparece como a primeira regra necessária à organização da prática social.

Na perspectiva da dádiva da vida, entendemos que a natureza nos dá gratuitamente e generosamente as condições básicas da vida, cabendo a cada um de nós receber com honra e agradecer com alegria os dons da natureza. Por isso, nessas comunidades tradicionais tanto se valoriza o ato de cuidar da natureza física e ambiental. O antropólogo Viveiros de Castro (2004 e 2006) nos fala que a cosmologia ecológica tradicional entre os índios amazonenses é superior à cosmologia ocidental na medida em que ela se funda numa relação dadivosa mais harmoniosa entre homem e natureza. Anna Maria Moreira da Costa (2008) esclarece que os nambiquaras, que foram estudados por Lévi-Strauss, até hoje não urinam nas águas dos rios, pois sabem que elas são a fonte da vida. É a lei do dom: a natureza dá livremente, o homem recebe e retribui para manter o vínculo que assegura a vida. Na cosmologia indígena então se ritualiza tudo e, sobretudo, as plantas, a água, a terra, os pássaros, as nuvens, o

sol e a lua. O dom do ritual funciona de modo permanente a partir do reconhecimento desse direito fundamental que pode ser chamado de “direito à vida”.

Esse primeiro direito é seguido de outro, o direito à identidade comunitária, ao pertencimento a um grupo, a uma tribo, a uma família. Assim, em segundo lugar, temos uma exigência de liberação das crenças comunitárias e tribais que se efetiva por meio de um dom ritual, fundado na solidariedade: estar juntos, ter filhos, amar... A vida! O grupo vivendo em conjunto, as festas, a dança, o fogo são os elementos que organizam o direito ritual ao ser comunitário, é a ritualização do pertencimento tribal.

Um terceiro direito diz respeito à proteção dos indivíduos e famílias por parte dos chefes, dos patriarcas, dos caciques, dos líderes religiosos. Na ordem tradicional, a proteção social e comunitária aparece apenas em terceiro lugar, nas formas de proteção prestadas pelos chefes de clãs e sacerdotes aos membros da comunidade, envolvendo as esferas da produção e da reprodução do grupo. Aqui, surgem os direitos costumeiros de reconhecimento das atividades de clãs e tribos, representando a emergência da política, do direito, do poder, com a gestão comunitária da autoridade pelo clã.

Um quarto direito está relacionado com os processos de gestão compartilhados dentro das comunidades. Mesmo havendo hierarquias de poder, todos os indivíduos nas sociedades tradicionais tinham uma função ou ofício que lhes assegurava um lugar de reconhecimento na vida comunitária.

O capitalismo reverteu a hierarquia comunitária tradicional, fundada na primazia dos direitos à vida no conjunto dos direitos coletivos e individuais, para impor outra hierarquia em que privilegia o direito privado à vida, substanciado inicialmente no projeto da burguesia comercial europeia. Nesse contexto, a apropriação coletiva da terra, da água, dos metais, dos frutos do trabalho, entre outros que são fundamentais para se fundar o direito comunitário tradicional, foi subvertida política e moralmente, a fim de se permitir a emergência dos interesses particulares dos senhores do comércio. O capitalismo gerou um antidom, isto é, a relação simétrica e generosa entre homem e natureza foi substituída por um sistema de exploração e de dominação que alienou crescentemente o ser humano em relação ao seu corpo físico, mental e espiritual, e que embotou todo o seu sistema perceptivo. Em lugar do dar, receber e retribuir, que sustentava o direito costumeiro arcaico, estabeleceu-se o direito do tomar-pagar, que funda a apropriação privada das coisas e pessoas, tendo a lógica do “tomar” mais sentido que a lógica do “doar”. É isso que vamos aprofundar a seguir.

## **A república moderna como recurso de um direito privado capitalista que subverte a prioridade arcaica dos direitos comunitários**

A revolução burguesa e o sistema capitalista subverteram, como explicou Karl Marx, a hierarquia tradicional de organização dos direitos costumeiros. O sistema capitalista passou a impor, como primeira exigência da acumulação do capital, a importância de se assegurar o monopólio do controle privado dos recursos territoriais, administrativos, ecológicos e sociais, com vistas à organização das relações entre capital e trabalho. Para isso, o capitalismo impôs o direito privado como o primeiro dos direitos humanos, sendo mais importante que os direitos coletivos e comunitários. E isso porque a sobrevivência do sistema capitalista depende do monopólio do capital sobre o processo de apropriação privada das riquezas coletivas existentes nos territórios nacionais e coloniais, bem como das riquezas geradas pela natureza viva e pelo trabalho social.

Porém, o trabalho assalariado e o mercado de trabalho não são parte de um direito natural que existiu desde sempre, como o sugerem os manuais clássicos de economia. Na verdade, o que se chama de “economia natural” é um constructo cultural organizado no pós-renascimento, com a sistematização das ciências contábeis e com a efetivação da lógica do receber e pagar (Mauss, 2003). A organização do mercado de trabalho, de bens e serviços e dos sistemas financeiros e bancários faz parte de um processo recente, ligado com a expansão do imperialismo e dos Estados nacionais europeus. A articulação do mercado com o Estado foi de fato um passo importante nesse processo de ocidentalização do mundo – e temos de salientar aqui, em particular, a importância dos regimes republicanos na organização de sistemas de poder e de dominação mais adequados à formação de uma cidadania de assalariados, comprometida com a manutenção espontânea da ordem pública burguesa.

Dentro do sistema capitalista, os direitos privados são legitimados por direitos coletivos, que passam a impressão de que são conjuntos de direitos equivalentes. Os direitos republicanos tanto não contradizem os direitos privados – e a acumulação privada – quanto contribuem para legitimar a modernização capitalista. Isso não significa que no modelo republicano exista uma subordinação direta da política ao econômico. Não é bem assim. As lutas republicanas continuam a ser importantes para a emergência das lutas democráticas, e não se pode negar o valor do Estado democrático e das Constituições modernas para a liberação de novos projetos civilizatórios (Audier, 2004).

Na base da cidadania republicana está o controle privado dos recursos territoriais, ecológicos e sociais com vistas a organizar a acumulação capitalista de modo politicamente consentido. É sobre esse alicerce que se constrói um modelo de proteção da cidadania civil, política, econômica e social – envolvendo as esferas da saúde, da educação, da segurança, do transporte, entre outras – sob a responsabilidade do Estado e a serviço do capitalismo ocidental.

Nos marcos da ordem republicana, a experiência socialdemocrata aparece como aquela mais complexa em termos de articular a dominação capitalista dentro de um contexto cultural e político protetor da cidadania. Pois, de fato, a socialdemocracia contribuiu para sutilar a dominação consentida do espírito capitalista por meio de uma persuasão mais efetiva e menos onerosa que a mera repressão.

Estamos aqui somente chamando a atenção para o fato de que o modelo republicano não contradiz a dominação do capital e, sob certa ótica, inclusive ajuda a sua reprodução, na medida em que o Estado republicano ajuda a financiar o sistema econômico, a organizar o mercado de trabalho e a obter o consenso político e ideológico. Nessa subversão do modo tradicional de organização dos direitos humanos, o direito à apropriação privada visando ao crescimento econômico ilimitado significa simplesmente a apropriação privada – e historicamente arbitrária – dos bens coletivos. O direito de manipular e ordenar todos os bens coletivos (o trabalho, a terra, a água, os metais, todos os recursos naturais) para permitir que um grupo se aproprie deles e continue acumulando passou a ser a regra central do direito moderno, apesar de as retóricas constitucionalistas exaltarem a cidadania democrática. E esse modelo, que é dominante, funciona na forma de uma gestão privada dos bens públicos, e da promoção de uma moral consumista, utilitarista e individualista que subordina as políticas estatais e públicas aos interesses mercadológicos, mesmo que essa dominação fique camuflada nos sistemas constitucionais modernos. Mais recentemente, a acumulação privada impôs os direitos de um “cidadão-consumidor” que termina rebatendo negativamente sobre a proteção social comunitária tradicional.

Dessa perspectiva, torna-se possível perceber que o modelo democrático republicano não contraria a organização da acumulação capitalista. Ao contrário, a democracia republicana contribui para organizar a dominação capitalista e a colonialidade do poder e do saber por dispositivos de controle que funcionam mais pelo convencimento e consenso do que pela aplicação da força brutal (Martins, 2009). Na perspectiva da hierarquia dos direitos fundamentais, o sistema republicano funciona com base em uma lógica bipolar envolvendo

apropriação privada e apropriação pública, sendo essa última articulada a serviço do direito privado. A hierarquia jurídica do sistema de dominação capitalista fundado na articulação privado-público não toca, portanto, em uma questão fundamental: o antidom. E sem romper o antidom, o dom da vida não se libera, mas permanece prisioneiro das negociações e manipulações interessadas.

Essa discussão é importante para lembrar que não há possibilidade de se repensar a saúde fora de uma discussão mais ampla sobre os temas do desenvolvimento e da democracia. Pois uma coisa é pensar a saúde na ótica do direito comunitário tradicional e de uma relação dialógica entre homem e natureza. Nessa ótica, a comunidade – a tribo, a família, a nação – tem obrigação de prestar proteção social e física a todos os integrantes. Além do mais, a saúde não é algo que se constrói em reação à doença, como vemos no sistema médico moderno (Adam e Herlich, 2001), mas por meio da harmonização do humano com a natureza simbólica e física, que inclui seu próprio corpo. Outra coisa é pensar a saúde como uma mercadoria que pode ser objeto de manipulação com fins de acumulação privada ou corporativista. Nesse caso, estabelece-se uma violência epistemológica contra os direitos fundamentais à vida, ao viver e ao morrer que, nas sociedades tradicionais, eram necessariamente objetos de ritualização coletiva.

Essas questões mais amplas apontam para os limites epistemológicos e jurídicos vivenciados pelo SUS, para a importância de se reconhecer os seus avanços como proposta política normativa e os seus limites como projeto de liberação dos direitos coletivos e públicos do cidadão moderno, no presente momento. E sem o SUS não podemos pensar claramente as condições de avanço de uma saúde pública e democrática. Nesse sentido, consideramos importante trazer para a discussão do novo paradigma coletivista na saúde a reflexão sobre como vem emergindo no contexto boliviano o debate acerca dos direitos à vida.

No nosso entender, os bolivianos, a partir do resgate de seu imaginário holístico comunitário, estão reavivando os direitos arcaicos num novo contexto de base metropolitana. Isso significa de fato uma grande ruptura com os fundamentos do modo de acumulação ocidental e colonial, baseado no direito privado e exclusivo da propriedade coletiva e social. A discussão da saúde como direito fundamental à vida, como nos é oferecida pelo caso boliviano, abre perspectivas interessantes para a crítica epistemológica e institucional do modelo de saúde pública predominante no Brasil, na medida em que contribui para desconstruir o direito privado, apoiando-se no valor do direito costumeiro comunitário.

## Repensando a relação entre saúde, direito e democracia a partir da experiência boliviana

Há mudanças políticas e culturais no contexto da América Latina que devem ser apreciadas mais detidamente, pois podem oferecer importantes contribuições para repensar o SUS. São mudanças que rompem com a lógica oligárquica e colonial, e que liberam forças sociais democráticas fundamentais e novas concepções sobre a vida social, sobre a saúde e o bem-estar que os bolivianos expressam pelo lema do *bien vivir*. Nesse sentido, o caso da Bolívia é emblemático para a nossa reflexão. A Bolívia – um dos países mais pobres do continente – está conseguindo reverter um quadro histórico de pobreza e de grandes desigualdades sociais e étnicas mediante uma mobilização de forças notáveis até então adormecidas. Considerando os limites de espaço para explorar esse rico processo, gostaríamos de assinalar um aspecto que nos parece muito sugestivo para o que queremos demonstrar, e que tem a ver com a emergência da nova identidade comunitária indígena a partir do século XX. Trata-se de reconhecer a emergência de uma identidade que se reconstrói entre a tradição e a contemporaneidade, entre os rituais arcaicos e aqueles cosmopolitas atuais, liberando um entendimento crítico do direito privado moderno a partir de outra hierarquia jurídica e moral.

O caso boliviano é muito interessante. Até 1950, os indígenas bolivianos eram considerados apenas camponeses pobres e poucos adestrados no trabalho produtivo (na perspectiva da lógica colonial e capitalista). Essa representação tradicional indígena aos poucos foi sendo substituída por outra, que resgatou politicamente as tradições dos povos originários. Assim, a partir da revolução de 1952, observa-se que o movimento camponês passou progressivamente a se articular como um movimento indígena organizado, fato que favoreceu mobilizações fundamentais no resgate das tradições e na busca de novas saídas para as comunidades originárias. A partir de então, as tradições aimará e quéchua se revitalizaram, liberando forças sociais e políticas importantes, como o movimento katarista (Hashizume, 2010), que estão por trás das profundas mudanças que a Bolívia experimenta atualmente.

Para os que estão fora do processo, essa revolução paradigmática aparece como enigmática, gerando um tipo de estranhamento que pode ser resumido da seguinte forma: “Como pode acontecer que um país que dependa do gás e do petróleo não os coloque em primeiro lugar?”. A esse tipo de questão, os bolivianos respondem: O petróleo é muito importante para nós, mas não se pode discutir o petróleo isolado dos direitos coletivos. Em primeiro lugar

estão os direitos coletivos, depois vêm os direitos privados (Stefanoni, 2012). O petróleo, nesse quadro, é entendido como um recurso importante para o fortalecimento dos direitos coletivos, e não o contrário, quando os direitos de empresas, como a Petrobras e outras, são equacionados por fora de uma reflexão acerca dos direitos coletivos.

No que tange aos desdobramentos dessas transformações no âmbito dos direitos, houve toda uma discussão em torno da problematização do que se pode chamar de “hierarquia dos direitos sociais”. No caso do movimento katarista e indígena boliviano, existe um entendimento de que a apropriação privada dos bens coletivos não pode ser considerada como justificativa geral da vida social ou como o primeiro de todos os direitos, mais importante mesmo que o direito à vida. Para eles, o ser humano e a natureza vêm em primeiro lugar, e essa decisão política está agora registrada na nova Constituição, aprovada em 2009. Há um filme muito interessante, chamado *Conflicto de águas*,<sup>2</sup> protagonizado pelo ator Gael García Bernal, que retrata a importância da água como direito natural de todos e que deve vir em primeiro lugar na escala dos direitos. A história transcorre em 2002, quando o governo tentou privatizar o acesso à água, passando a exploração da mesma para um grupo estrangeiro. Essa privatização é vista como algo inconcebível para o imaginário tradicional indígena boliviano. Afinal, a água já existia antes dos próprios seres humanos, e seu uso sempre foi comunitário. Porque pagar por algo, a água, que sempre existiu de graça, inclusive antes mesmo da presença dos povos originários?

Com esses exemplos, os bolivianos propõem, no nosso entender, uma ruptura em nível mundial, planetário, voltada para a quebra do paradigma desenvolvimentista (Martins, 2013). Eles avançaram numa questão profunda sobre os direitos à vida como mais importantes do que os direitos à apropriação privada. Essa questão impacta diretamente o que definimos como modelo de desenvolvimento capitalista e de bem-estar social. Esclareçamos esse ponto, pois ele é fundamental para a nossa demonstração.

No caso da Bolívia – e também do Equador –, podemos dizer que há um desenvolvimento metropolitano e cosmopolita fundado nos direitos coletivos que não se refere mais aos direitos arcaicos, embora se inspire neles, para refazer a hierarquia de direitos tradicionais. Por isso, é um raciocínio ingênuo pensar que a experiência dos bolivianos é muito particular e que não serviria para pensar a América Latina. Na verdade, ao analisarmos as mobilizações na Bolívia, vemos que ninguém está abrindo mão do direito de ter casa própria, de

---

<sup>2</sup> CONFLICTO de águas [También la lluvia]. Direção Iciar Bollain. Espanha, 2010.

contar com energia elétrica, ou de usufruir de modernos meios de transporte, como carro e avião. A questão é outra, e pode ser definida na forma de um *direito cosmopolita* inédito que se refere à tradição para realizar a crítica ao capitalismo, mas que não abre mão da experiência cosmopolita (Tapia, 2012). Isso exige que o observador se desembarace de uma visão colonizada, oligárquica, para incorporar uma visão de libertação, de superação, de equidade mais compatível com os novos tempos que emergem neste século XXI.

A ideia de uma heterotopia do *bien vivir* revela a valorização da experiência comunitária cosmopolita que se afirma contra o *viver bem* (que é a forma do utilitarismo e da apropriação privada) (Farah e Gil, 2012). O *bien vivir* implica a comunhão, a partilha, a gestão coletiva da vida. Assim, retoma-se à discussão em torno do direito à vida (acesso à água, à terra, à comida etc.), sendo que a economia deixa de aparecer como um subsistema invariável, para ser reintroduzida com um sistema variável que dialoga, em vários níveis, com os demais sistemas da sociedade – a cultura, a política, a moral e o simbolismo (Huanacuni Mamani, 2013). A economia passa a ser vista como um dos recursos de organização do sistema social cosmopolita, o que é fundamental para evitar que ela se reproduza aleatória e caoticamente, como um dispositivo produtor de desigualdades e injustiças sociais. No contexto da sociedade pós-republicana (que inclui o republicanismo democrático), socialização e individualização são relidos como dispositivos de liberação da energia social, o que tem impacto sobre o trabalho intelectual. É o que constatamos, por exemplo, pela nova onda de intelectuais aimarás (Ascarrunz, 2013; Bautista, 2013; Huanacuni Mamani, 2013), que estão repensando os fundamentos do estado plurinacional na Bolívia.

Ou seja, o direito a uma cidadania republicana está contemplado nessa nova tradição que emerge em solo boliviano. Não se trata, portanto, de abdicar das conquistas da modernidade, mas de ultrapassá-las, e introduzir o pluralismo e a equidade na reorganização do Estado nacional. A proteção governamental deve promover uma cidadania integral articulada em várias esferas – saúde, educação, segurança, transporte, trabalho, entre outras – e implicar a garantia política e cultural à liberdade de expressão, de circulação e de livre organização.

A novidade no Altiplano Andino foi uma reorganização do imaginário do desenvolvimento (Martins, 2013), com a reversão do antidom, o qual garantia o direito à apropriação privada dos bens coletivos que é produtora de desigualdades e de mal-estar. Revertendo o antidom, liberando o dom solidário que refunda a economia como economia solidária (Coraggio, 2013;

Farah, 2013), o sistema produtivo deixa de ser algo fora da utopia social, para se transformar em um recurso de construção da heterotopia solidária da vida coletiva (Martins, 2012). Vale salientar que as recentes Constituições da Bolívia e do Equador, sancionadas em 2009, asseguraram, para além do direito à vida, o direito à natureza, dado que não se pode assegurar a vida (primeiro direito fundamental) se a natureza não for preservada. Expande-se um entendimento ecossocial complexo sobre a importância do direito da natureza ao lado do direito humano. Entende-se que, se o direito à natureza não for assegurado, corre-se o risco de ver o retorno dos processos reacionários coloniais. São ações conservadoras e voltadas para o desmanche das conquistas democráticas a fim de reintroduzir a lógica da apropriação privada dos recursos coletivos agora claramente escassos (ao contrário do que propunha o liberalismo clássico).

Por fim, temos ainda que lembrar outro sistema de direito importante, presente nas sociedades tradicionais e que sobrevive de modo ambíguo nos tempos atuais: o direito à autogestão. Nos sistemas tradicionais, a autogestão se funda na ausência do Estado e no exercício do dom na regulação da vida social e da própria atividade econômica (Mauss, 2003). Nas democracias contemporâneas, ele oscila entre tendências centralizadoras, que reforçam a representação oligárquica e profissional, e a participação participativa e solidária, que abre o sistema político para a inclusão social e para tensões importantes na modernização do modelo republicano.

Nos modelos pós-republicanos cosmopolitas emergentes, a autogestão se afirma pela autonomia política das comunidades e das cidades e pela valorização das autoridades locais. A organização desse direito à autogestão não é simples. Na Bolívia, por exemplo, onde a participação e a autogestão se dão em vários níveis – local, municipal, departamental e comunitário –, a organização da governabilidade passar a ser um processo complexo e instável, dado as presenças de inúmeras instâncias decisórias. Contudo, é muito importante que seja assim, pois quanto mais sofisticado for esse processo autogestionário, mais dificilmente ele poderá ser objeto de apropriação por interesses privados. Nesse sentido, a complexidade do sistema de participação torna muito difícil qualquer tentativa de reconstrução da economia de mercado como fundamento central de gestão da vida, que se abre para várias modalidades de organização das práticas econômicas. A economia continua tendo papel central na organização da reprodução material das famílias e comunidades, mas não como sistema autonomizado, isto é, fora do

controle do sistema político e social. Ao contrário, a economia passa a ser progressivamente estruturada em vários níveis – da família, da vizinhança, da comunidade, da cidade, do país –, conhecendo regulamentações estritas válidas para todos e que assegurem a sua efetividade e o seu uso social. Com base na reflexão sobre experiências de vivência da solidariedade que vemos em países vizinhos, como a Bolívia, podemos explorar as perspectivas de criação de novas identidades individuais e coletivas, que implicam o direito à liberdade do ser humano de viver como coletividade solidária e de viver integralmente a relação entre a sua corporeidade e a sua espiritualidade. Nessa heterotopia, os valores da solidariedade afetiva contribuem para reorganizar os modos de apropriação dos bens materiais e culturais, estabelecendo as condições de sobrevivência coletiva dos grupos humanos.

O caminho boliviano nos induz a pensar que não há solução simples para o caso brasileiro dentro do modelo republicano e constitucional vigente nesse momento, sendo necessário buscar inspiração e inserção em um debate mais amplo, de caráter latino-americano. Seria o caso, por exemplo, de se criarem mais redes sociais para a discussão da saúde pública latino-americana, nos planos intelectual, científico e, também, no plano das práticas. Isso nos permitiria compreender em que pontos e de que maneiras estão ocorrendo rupturas no sistema tradicional. De todo modo, o SUS emerge como uma experiência importante, por significar um rompimento com a forma tradicional de se organizar políticas de cidadania, podendo ser um laboratório ideal para experiências de mudanças institucionais e políticas mais ousadas e a favor da democracia participativa e integral.

## **O SUS entre os direitos republicanos e os direitos metropolitanos pós-republicanos**

As reflexões acima sobre os sistemas de direito oferecem contribuição inestimável para o entendimento dos limites e possibilidades do SUS. Assim, se ele representa uma novidade em relação às lógicas positivistas autoritárias ou liberais mercantis, o SUS ainda constitui, todavia, um programa limitado à concepção ambígua do direito republicano, oscilando entre o público e o privado e privilegiando esse último. Assim, dentro da lógica de poder instalada e do regime republicano autoritário prevalecente, dificilmente o SUS, na sua concepção atual, pode avançar mais fundo na organização da participação democrática na saúde. É preciso retomar lutas mais profundas sobre o direito à vida, sobre o livre acesso aos recursos vitais para romper o impasse institucional, liberando

novas formas de apropriação coletiva dos bens vitais, e renovando formas de interação homem–natureza mais ecológicas.

Retomar a discussão sobre os limites do direito nos regimes republicanos atuais e rememorar a discussão sobre os direitos tradicionais referentes à nossa existência (direitos a respirar, amar, viver, comer, dormir...) seria fundamental para viabilizar novas possibilidades do SUS. Valorizar politicamente o direito à vida, e não reduzir essa questão a uma questão meramente biológica, é o primeiro passo que os profissionais de saúde, gestores e usuários deveriam adotar para avançar com as lutas democráticas na saúde. A atualização da perspectiva tradicional de organização do sistema de direitos humanos num contexto metropolitano e cosmopolita nos permite superar o entendimento naturalista do humano como entidade direcionada por crenças religiosas para se entender, de modo diverso, a emergência de um *ser social* cosmopolita que se abre para novas identidades e novas formas mais plurais de construção da cidadania democrática (Martins, 2013). Certamente, a liberação da energia social para finalidades mais criativas e solidárias contribui para esvaziar o peso excessivo da cultura consumista dominante.

Para além dos casos da Bolívia e do Equador, há em curso, de fato, um processo de mudança sistêmica em nível planetário que aponta para uma importante revisão da lógica dos direitos republicanos e para a emergência do pós-republicanismo. Esse processo acompanha a crise do modelo tradicional do Estado nacional, abrindo-se para processos de metropolização e cosmopolitização. Nas antigas periferias, o processo de metropolização se realiza com a passagem das sociedades pós-coloniais, dominadas pelo poder oligárquico central, para cidades globais. Ou seja, as cidades passam a ser o palco privilegiado das novas mobilizações globais. Nelas, estimulam-se processos de autogestão dos recursos coletivos necessários à vida, com revalorização da natureza, das florestas e da água, e dos direitos básicos ao trabalho, à moradia, ao transporte e à livre vivência da prática política. Existem diversas experiências na Escandinávia, na Itália, na França, no Canadá e também na Bolívia, no Equador e em outros países, nas quais se percebem esforços importantes de transformação dos antigos espaços urbanos, revalorizando a vida como direito fundamental.

Para encerrar, gostaríamos de compartilhar algumas considerações a respeito da cosmovisão aimará, pois ela tem importância para se pensar em novos paradigmas na saúde dentro do contexto de passagem de regimes republicanos para outros pós-republicanos. Inicialmente, gostaríamos de ressaltar a importância do dom da percepção para explorar novos entendimentos sobre o

corpo, a vida e a morte. Ou seja, o dom da vida pode ser considerado também o dom da percepção (ver, sentir, perceber, expressar e projetar). Há, com a revalorização desse dom, perspectivas de ruptura epistêmica com o modelo cartesiano, no qual a percepção é reduzida ao controle visual e manual, sendo negligenciado o conjunto do sistema fenomenológico humano. No cartesianismo, o mundo existe apenas pelos olhos, na forma de um olhar que domina, subjuga e controla, e que não se envolve emocionalmente com nada.

Diferentemente, no mundo aimará percebem-se os esforços de revalorização do dom da percepção. Percebe-se uma complexidade fenomenológica por trás do imaginário ameríndio sobre o mundo da vida e sobre o sistema político. Na cosmovisão dos povos ancestrais, a noção da vida aparece como uma força emergente que orienta o conjunto das atividades teóricas e práticas. Aqui, tem muita importância a noção de “comunidade”, como unidade de estrutura da vida (comunidade natural), que envolve não apenas pessoas, mas animais, plantas, montanhas, rios... Os humanos só existem dentro de uma cosmovisão muito mais ampla, que apenas se revela por uma percepção ampliada da realidade e que se apresenta, em primeiro lugar, pela dialética homem *versus* natureza e pelo dom da vida, gerando o direito primordial ao viver de modo integral. Para os antropólogos que se dedicam aos estudos dos povos ameríndios e para os espiritualistas, essa é uma perspectiva bastante conhecida: não existimos fora da natureza, nós somos natureza, um sistema dentro de outro sistema.

## Referências bibliográficas

ADAM, Philippe; HERLICH, Claudine. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001.

ASCARRUNZ, Beatriz. Nada bien le hace al nuevo concepto del Vivir Bien la “idealización” de los pueblos indígenas. In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica (org.). *Vivir Bien: infancia, género y economía. Entre la teoría y la práctica*. La Paz: Cides-Umsa, 2013. p. 55-66.

AUDIER, Serge. *Les théories de la république*. Paris: La Découverte, 2004.

BAUTISTA, Rafael. El nuevo horizonte civilizatorio del “Vivir Bien”. In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica (org.). *Vivir Bien: infancia, género y economía. Entre la teoría y la práctica*. La Paz: Cides-Umsa, 2013. p. 11-34.

CÂNDIDO DA SILVA, João José. *Saúde no Brasil: evolução histórica, SUS e desafios futuros*. Florianópolis: Editora UFSC, 2005.

CORAGGIO, José Luis. La economía social y solidaria: hacia la búsqueda de posibles convergencias con el Vivir Bien. In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica (org.). *Vivir*

*Bien: infancia, género y economía. Entre la teoría y la práctica.* La Paz: Cides-Umsa, 2013. p. 215-256.

COSTA, Ana Maria Ribeiro. *Wanintesu: um construtor do mundo nambiquara.* 2008. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

DEMO, Pedro. *Cidadania tutelada e cidadania assistida.* São Paulo: Autores Associados, 1995.

DURKHEIM, Émile. *As formas elementares da vida religiosa.* São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FARAH, Ivonne. Capitalismos, economía plural y Vivir Bien In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica (org.). *Vivir Bien: infancia, género y economía. Entre la teoría y la práctica.* La Paz: Cides-Umsa, 2013. p. 83-112.

\_\_\_\_\_; GIL, Mauricio. Modernidades alternativas: una discusión desde Bolivia. In: MARTINS, Paulo Henrique; RODRIGUES, Cibele (org.). *Fronteiras abertas da América Latina: diálogo na Alas.* Recife: Editora da UFPE, 2012. p. 257-284.

HASHIZUME, Mauricio Hiroaki. *A formação do movimento katarista: classe e cultura nos Andes bolivianos.* 2010. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

HUANACUNI MAMANI, Fernando. Cosmovisión andina y Vivir Bien In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica (org.). *Vivir Bien: infancia, género y economía. Entre la teoría y la práctica.* La Paz: Cides-Umsa, 2013. p. 285-296.

LACERDA, Alda. *Redes de apoio social no sistema da dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde.* 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 145-176, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. *Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil: textos reunidos.* Rio de Janeiro: Cepesc–IMS–Lappis–Abrasco, 2007.

MARTINS, Paulo Henrique. Cultura autoritária e aventura da brasilidade. In: BURITY, Joanildo (org.). *Cultura e identidade: perspectivas interdisciplinares.* Rio: DP&A, 2002. p. 65-104.

\_\_\_\_\_. *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas.* Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Reterritorialización, nuevos movimientos sociales y culturales y democracia participativa en América Latina. *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales*, México, D.F., v. 16, n. 51, p. 17-44, sep.-dic. 2009.

\_\_\_\_\_. Religion, don et eurocentrisme dans l'aventure coloniale. *Revue du MAUSS Semestrielle*, Paris, n. 36, p. 219-317, 2e. sem. 2010.

\_\_\_\_\_. *La decolonialidad de América Latina y la heterotopía de una comunidad de destino solidaria*. Buenos Aires: CICCUS/Estudios Sociológicos, 2012.

\_\_\_\_\_. La liberación de América Latina como sistema-mundo: impactos sobre el entendimiento del desarrollo In: FARAH, Ivonne; TEJERINA, Verónica (org.). *Vivir Bien: infancia, género y economía. Entre la teoría y la práctica*. La Paz: Cides-Umsa, 2013. p. 67-88.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: \_\_\_\_\_. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003. p. 185-314.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. *A crise da saúde pública no Brasil e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PINHEIRO, Roseni; MARTINS, Paulo Henrique. *Usuário, redes sociais, mediações e integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS, Editora Universitária UFPE, 2011.

\_\_\_\_\_; MATTOS, Ruben Araújo de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS-Lappis-Abrasco, 2008.

SANTOS JUNIOR, Orlando Aves dos; RIBEIRO, Luiz Cesar de Queiroz; AZEVEDO, Sergio de. *Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan-Fase, 2004.

SCHWARTZMAN, Simon. *Bases do autoritarismo brasileiro*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

SIQUEIRA, Márcia Portugal; BUSSINGUER, Eida Coelho de Azevedo. A saúde no Brasil enquanto direito de cidadania: uma dimensão da integralidade regulada. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, Vitória, n. 8, p. 253-309, 2010.

STEFANONI, Pablo. ¿Y quién no querría “vivir bien”? Encrucijadas del proceso de cambio boliviano. *Crítica y Emancipación*, Buenos Aires, v. 4, n. 7, p. 9-26, 2012.

TAPIA, Luis. Un cosmopolitismo de la periferia. In: MARTINS, Paulo Henrique; RODRIGUES, Cibele (org.). *Fronteiras abertas da América Latina: diálogo na Alas*. Recife: Editora da UFPE, 2012. p. 29 -44.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Le don et le donné: trois nano-essais sur la parenté et la magie. *Ethnographiques.org*, Besançon, n. 6, nov. 2004. Disponível em: <http://www.ethnographiques.org/2004/Viveiros-de-Castro>. Acesso em: 17 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.115-144, out. 2006.



# Debate da mesa-redonda “Democratização, mediação e sociabilidades na saúde no contexto latino-americano”

Coordenação: Alda Lacerda

**Alda Lacerda** – Gostaria de agradecer aos colegas pelas importantes contribuições e refletir sobre a pergunta inicial de Paulo Henrique Martins de como fica o Sistema Único de Saúde (SUS) neste contexto. Essa discussão é importante no momento atual, com o processo de desmantelamento do SUS, a privatização e o setor privado cada vez mais forte. Esta mesa nos traz a possibilidade de uma análise crítica da saúde na América Latina de diferentes perspectivas e abordando diferentes aspectos.

Nora Garita nos traz o caso da América Central, onde a democracia convive com a desigualdade social crescente, e ressalta questões importantes para as discussões de gênero, ao compartilhar conosco os índices de “femicídio”. Gostaria de ouvir um pouco mais sobre isso, de modo a refletir sobre a possibilidade de repensarmos um “alfabeto de gênero” que permitisse ampliar a visibilidade das questões apresentadas.

Além disso, Nora também falou de um padrão de “poder colonizador”, fruto da política neoliberal, que se mantém nos dados de saúde e nas situações de pobreza e que me parece remeter à luta por reconhecimento social, tema que também emerge na fala de Paulo Henrique Martins. Axel Honneth (2003) aborda as diferentes formas de reconhecimento social na sociedade, e quando Nora sinaliza a questão da desigualdade, algo que também foi trazido por Ximena Sánchez, refleti como essas questões nos permitem discutir o tema da luta por reconhecimento social.

Quanto às redes sociais, Nora Garita também nos disse que existem poucos estudos sobre redes, sendo que os existentes abordam a dimensão privada, e não a pública. O fato é que temos observado esse mesmo padrão de “poder colonizador” na configuração das redes sociais hoje. Como poderíamos romper com essa lógica?

As reflexões sobre o dom e a dádiva que Paulo Henrique Martins retoma da obra de Marcel Mauss talvez nos ajudem a pensar algumas questões. Hoje, muitos pesquisadores estudam o dom na sociedade contemporânea, entendendo-o como um sistema de ação social: temos o sistema de trocas do mercado, operando com base em uma lógica binária “dar e receber”, e outro sistema de trocas no qual opera o dom, e que se configura na tríade “dar, receber e retribuir”. No sistema organizado em torno do dom, os bens simbólicos e materiais circulam como elementos que propiciam a manutenção dos vínculos sociais. A dádiva perpassa as esferas do público e do mercado, pelo menos nos casos em que prevalecem as relações sociais. Caillé (2004) nos fala de uma *sociabilidade primária*, na qual as relações são mais importantes do que as funções que as pessoas exercem, e de uma *sociabilidade secundária*, na qual as funções exercidas são mais importantes que as relações interpessoais. Nas relações institucionais, prevalece a sociabilidade secundária; já nas relações de sociabilidade primária, há maior circulação do dom. Nesse sentido, como entender a dádiva nos estudos sobre redes? Como pensar os estudos de rede neste panorama, dentro da conjuntura que Nora Garita nos descreve?

Em relação às questões trazidas por Ximena Sánchez, fiquei com dúvidas em relação ao tema do aborto, sobre ele ser ou não proibido no Chile. Em dado momento de sua fala, você sinalizou que a sua percepção sobre as dinâmicas de inclusão/exclusão em relação à pobreza é diferente daquela que Marcelo Arnold Cathalifaud compartilhou ontem conosco, na mesa-redonda “Estado, democracia e políticas públicas de saúde na América Latina”.<sup>1</sup> Eu gostaria que você explicasse um pouco mais essa diferença.

Quanto às políticas compensatórias num contexto de capitalismo selvagem, parece-me que temos um conjunto de questões muito semelhantes às que encontramos no Brasil. Ximena nos mostrou, por meio de estudos de avaliação, o quanto as políticas compensatórias de fato não produzem mudanças estruturais, principalmente porque a dimensão da pobreza é importante com suas dimensões estruturais e multifatoriais, lembrando a dimensão relacional de pobreza, uma ideia que já encontramos em Simmel (2002).

Victor Valla (1998) costumava dizer que em uma política de capitalismo globalizado, como temos atualmente, seria preciso pensar na organização social a partir de um *duplo caminho* (uma referência ao

---

<sup>1</sup> Cujo debate também está reproduzido neste livro.

“duplo caminho” peruano): por um lado, pressionar o Estado para a conquista de direitos; por outro, realizar algumas ações que seriam, ao menos teoricamente, obrigações do Estado. Daí o duplo caminho: realizar concretamente e por meio da ação direta, ao mesmo tempo em que se organiza a luta política para a conquista de direitos. Assim, gostaria de perguntar até que ponto as políticas compensatórias não estão operando com base em uma solidariedade meramente caritativa, em vez de operarem com uma solidariedade democrática, que emancipe as pessoas de fato? Que estratégias lhe parecem viáveis para que essas políticas beneficiem esses sujeitos, não como sua única opção, mas como uma forma de enfrentamento diante das crescentes desigualdades?

Para Paulo Henrique Martins, gostaria de parafrasear a pergunta que ele mesmo formulou no início de sua apresentação. Assim, pergunto como podemos pensar as questões que você nos trouxe em relação ao SUS. Houve um momento em que você falou algo sobre não haver saída para o Brasil sem que se façam articulações em nível latino-americano, e a expressão das pessoas na plateia diante desse “não ver saída” foi de espanto e preocupação. Lembrou-me uma vez em que, numa reunião de um grupo de pesquisa, Víctor Valla falou que a pobreza nunca ia acabar: a reação

no rosto das pessoas foi semelhante à que eu vi aqui hoje. Eu entendo que Paulo Henrique aponta para algumas rupturas possíveis no sistema, e gostaria que você falasse um pouco mais sobre isso, mas na perspectiva do SUS.

**Nora Garita** – Parece-me que os dados nos mostram que nesses países de que falávamos, nos quais mais de 80% das pessoas solucionam seus problemas de saúde e de educação recorrendo a redes informais, comunitárias ou familiares (e aí o peso das mulheres é muito forte), funciona a lógica da dádiva. Creio que essa mediação conceitual que Paulo Henrique nos recorda, da dádiva como lógica de funcionamento, é perfeita. É ela que tem funcionado, tradicionalmente, criando laços solidários os quais têm permitido às comunidades sobreviverem em condições de muita pobreza e exclusão.

O que ocorre com o capitalismo selvagem? À medida que ele se desenvolve, que transforma as suas lógicas de mercantilização e de competição, o capitalismo vai rompendo com a solidariedade, em situações de mínima proteção estatal. Creio que reside aí a explicação da violência na América Central, mesmo depois dos acordos de paz firmados nos anos 1980. Agora, porém, as causas da violência são outras: há uma ruptura dos

laços solidários, expressa no desaparecimento da lógica da dádiva e na emergência de uma lógica da competição. E isso também tem relação com a lógica das mortes das mulheres, dos feminicídios.

Eu não sei se vocês conhecem aqui no Brasil o caso da cidade de Juárez, no México. Ainda que essa cidade esteja situada fora da América Central, creio que é um caso emblemático. Em Juárez, há mulheres assassinadas todos os dias. Trata-se de um caso extremo, mas eu trouxe dados que nos permitem dizer que há hoje, na América Central, índices alarmantes de feminicídio, e eles nos permitem considerar esse fenômeno como um problema de saúde pública. Convém alertar: se a lógica de competição se desenvolve dentro de um sistema patriarcal, essa onda de violência contra as mulheres pode se repetir em qualquer lugar. No caso extremo de Juárez, ou nos casos preocupantes de que lhes falei, em El Salvador e na Guatemala, observa-se uma lógica patriarcal, capitalista e plena de violência, entre homens. São homens entre homens, que se vingam em um território. E que território é esse? É o corpo da mulher. Disputas masculinas sobre o território do corpo das mulheres. Então temos uma lógica perversa, em uma estrutura na qual se observa a ruptura das relações de dádiva,

concomitante à emergência de lógicas de competição selvagem, capitalista, em que o único bem que permite dirimir disputas é o corpo da mulher. Parece-me que é esse o ponto de articulação entre as mudanças nas lógicas de solidariedade e o aumento brutal de feminicídios.

Por fim, Alda Lacerda me pergunta como vou fazer para promover estudos sobre o tema das redes. De fato, esse tema me parece muito interessante. Eu sou diretora de um centro de pesquisas e estudos da mulher na Universidade da Costa Rica, e vou levar para lá tudo o que aprendi neste encontro, especialmente aquilo que Paulo Henrique tem produzido em termos de estudos sobre redes sociais. Eu creio que é preciso estudar com uma metodologia participativa, mas não no sentido tradicional, quando se participa do cotidiano de uma comunidade e depois o pesquisador desaparece. Falo de uma lógica participativa que aponte para uma perspectiva de transformação, de permanência, na qual as próprias mulheres podem estudar as suas próprias redes a fim de se apropriarem de todo o processo de reconstrução do tecido social rompido pelo capitalismo selvagem. Para construir, enfim, um modelo capaz de restabelecer os vínculos tradicionais, esfarrapados pela competição e pela mercantilização das relações entre as pessoas.

**Ximena Sánchez** – Quero começar problematizando a questão referente à diferença de visão em relação ao tema das dinâmicas de inclusão/exclusão levantado por Marcelo Arnold Cathalifaud. Penso que se trata de uma diferença sutil. Para mim, o tema da inclusão não possui grande relevância, pois penso que devemos nos preocupar com a exclusão. Falamos de inclusão porque me parece que não nos atrevemos a “meter a mão” no tema da exclusão. Isso ocorreu com relação ao meu trabalho: em dado momento me perguntaram por que eu não falava de inclusão. O fato é que eu não vejo porque falar do contrário. São conceitos que poderiam inclusive ser tratados como equivalentes. Parece-me, no entanto, que a questão central é o tema da exclusão, que pode ser traduzida em indicadores concretos, pela relação entre vulnerabilidade e pobreza.

A vulnerabilidade é um conceito muito explicativo, mas que não chega a tratar em profundidade o que significa perder todas as suas condições de direito. Já a pobreza – creio que isso não ocorre apenas em meu país – geralmente é tratada do ponto de vista quantitativo, sem uma visão qualitativa, e sempre a partir da divisão entre pobreza relativa (quem é pobre no Chile não é pobre em Calcutá) e pobreza absoluta (ausência de condições mínimas de

saúde, educação, acesso a direitos etc., conforme as Nações Unidas). Em torno do conceito de pobreza, portanto, há uma série de discussões, com transformações constantes: antes se falava de “extrema pobreza”, agora se fala de “pobreza dura”. Eu diria que são conceituações, definições, que nascem em contextos teóricos diferentes. Como eu opero com base em dados empíricos, não me preocupo tanto com conceitos, e sim com processos. No entanto, quero dizer que gosto muito do conceito de “capitalismo selvagem”, porque, afinal de contas, ele é realmente selvagem.

Alda Lacerda também pergunta sobre os limites e as possibilidades das políticas compensatórias, o que se pode fazer por meio delas. No caso do meu país, é preciso começar dizendo que o Chile não realizou uma reforma tributária que leve as pessoas dos níveis mais altos da pirâmide social a pagarem os impostos que devem pagar. Hoje, a classe média é quem paga a maior parte dos impostos do país. Sem essa reforma tributária, não será possível fazer nenhuma mudança estrutural mais profunda. Posso dar um exemplo: não há ensino superior gratuito nas universidades públicas do Chile. É preciso pagar para estudar. Nenhum estudante tem acesso gratuito a nenhum curso superior. Aqueles que receberam financiamento precisam quitá-lo ao final de seus cursos.

A única possibilidade é conseguir uma bolsa de estudos de alguma organização. Do contrário, paga-se, e muito. A mensalidade de um curso de medicina em uma universidade estatal custa cerca de 250 mil pesos chilenos (cerca de 500 dólares americanos). Além disso, as universidades não estão autorizadas a permitir que estudantes de graduação ou de pós-graduação prestem exames ou façam as suas defesas de tese se estiverem com mensalidades em atraso. Por isso, a função de “cobrador” parece ter se tornado uma realidade nas universidades estatais. Estamos vivendo uma situação dramática. Atualmente, apenas 20% do orçamento universitário vem de repasses do governo; os restantes 80% precisam ser levantados pela cobrança de mensalidades, ou captando recursos externos, sobretudo por meio de projetos de pesquisa. Trata-se de uma situação muito difícil e não se sabe por quanto tempo mais será possível suportar.

Em um contexto como este, as políticas compensatórias ajudam a diminuir a gravidade das situações. Se voltarmos à tabela em que se apresenta o índice de Gini (tabela I), é possível observar as rendas monetária e subsidiada: a primeira corresponde à renda familiar proveniente de salários; a segunda, aos subsídios estatais agregados por meio de políticas compensatórias.

**Tabela I. Chile: índice de Gini (1994-2009).**

	Renda monetária	Renda subsidiada
1994	0,57	0,55
1996	0,57	0,56
1998	0,58	0,57
2000	0,58	0,58
2003	0,57	0,56
2006	0,53	0,54
2009	0,53	0,55

FONTE: Chile, 2009.

Não se pode dizer que esses investimentos estão diminuindo a desigualdade. Vemos nos dados do ano de 2009 que o índice Gini correspondente às rendas monetárias está na faixa de 0,53, enquanto nas rendas subsidiadas situa-se na faixa de 0,55. Como se vê, as diferenças em termos de diminuição da desigualdade são mínimas. Trata-se de um paliativo, de uma ajuda, mas não se pode dizer que, com base nisso, será possível construir mudanças estruturais. Reformas estruturais são necessárias, sobretudo nas formas de tributação.

A respeito disso, o que propõem os pesquisadores que trabalham com o tema? Eles afirmam que é preciso investir em políticas públicas de terceira geração, construídas por meio do diálogo, com a participação direta da população. O Chile é um país muito vertical, com forte

tradição autoritária, e isso dificulta a produção de políticas públicas mais adequadas à cultura e às necessidades das pessoas. Neste momento, estou terminando um projeto com a minha equipe sobre a elaboração de um modelo de gestão em saúde a fim de capacitar e preparar os profissionais da área de saúde para que, além de simplesmente aplicarem diretamente os benefícios, possam também demonstrar, de modo contextual e integral, de que maneira a aplicação das políticas de saúde e de assistência social pode trazer maiores benefícios. Faz dois anos que estamos envolvidos com esse projeto, que agora está chegando ao fim.

**Paulo Henrique Martins** – Agradeço a Alda Lacerda por esta chance de discutir algumas das questões levantadas com base em minha fala. Há vezes em que uma frase mal colocada pode gerar impressões diferentes daquilo que gostaríamos de dizer. E esclareço que não se trata de abandonar o SUS, mas de atualizar a agenda das lutas coletivas. E essa atualização da agenda depende da nossa capacidade para ampliar a discussão sobre o processo latino-americano, do qual fazemos parte. Entender também que alguns processos de ruptura são mais rápidos e outros mais lentos. O SUS é um processo de ruptura, dentro da tradição das políticas públicas no

Brasil, a partir de lutas importantes do movimento sanitário. Se pensarmos no caso da educação, vemos que ela ainda se divide em um velho modelo, que separa as políticas públicas entre assistencialistas e privatistas. Ainda há uma visão intervencionista, assistencialista, que tem como objetivo salvar os jovens pobres, por meio da escolarização. O SUS é um passo à frente desse modelo assistencialista e privatista, no caminho dos direitos republicanos (participação, acesso universa, etc.), que são os direitos da socialdemocracia. Nesse sentido, o SUS representa o que há de mais avançado no universo brasileiro das políticas públicas, na vanguarda do nosso processo de democratização. O que eu quis mostrar é o fato de que esse processo possui limites históricos; afinal de contas, o ideal da socialdemocracia, em um país profundamente desigual como o nosso, tem limites. Como garantir universalização quando a diferença de renda é de 1:50?

Então, temos de atualizar nossa agenda, e isso implica abrir-se à compreensão de outras agendas. A partir do SUS, fortalecemos uma agenda republicana, associada à socialdemocracia, com suas respectivas lutas – direitos civis, direitos políticos, direito à identidade etc. Mais recentemente, a realidade da desigualdade e da exclusão no Brasil tem levado a

militância dos movimentos sociais à compreensão de que a pauta da inclusão é insuficiente, de que garantir o reconhecimento de direitos por parte do Estado é muito pouco. Não se trata mais de garantir o acesso universal à proteção social, porque isso não é possível. As pessoas têm de assumir responsabilidades nos processos de gestão da saúde nos seus bairros, nos seus domicílios, porque o sistema não tem recursos para atender às demandas de uma sociedade tão desigual, que não cessa de reproduzir exclusões em nível local, em um sistema de recolonização por meio do consumo e das práticas, pela propaganda. A luta não pode reduzir-se à exigência de mais financiamento para a saúde, mais postos de saúde, mais remédio de graça. Isso não resolve, isso não basta. O problema é maior. O sistema de exclusão é maior. A produção de exclusão e de colonização é maior.

Caberia, então, avançarmos na direção de um segundo tipo de direito. É como se pudéssemos descer de cima para baixo com relação aos direitos bolivianos: primeiro, o direito à autogestão; segundo, o direito à cidadania republicana; e terceiro, o direito ao reconhecimento. Ou seja, garantir não apenas o direito à proteção social, mas também ao máximo de empoderamento. As pessoas precisam tomar responsabilidades, participar, tomar consciência de sua posição como su-

jeito social. É a dimensão do reconhecimento de que o Axel Honneth fala, e também outras teorias que apontam nessa mesma direção.

Garantidas essas dimensões do direito, o próximo passo é o direito à vida! Para além dos direitos republicanos, da cidadania, da proteção social, do empoderamento e do reconhecimento, e da inclusão, é preciso reconhecer que a vida é de todos. Viver é uma condição de todos. Isso é uma tomada de consciência; não se resume a uma lei. É algo que se passa no plano da vida, quando se toma a consciência de que o direito à água, à comida, à terra e ao ar são direitos fundamentais de todo ser vivente. E isso antecede ao direito de alguém se apropriar de qualquer um desses bens. Isso abre um questionamento radical sobre a própria noção rasa de “indicadores de crescimento econômico” e uma crítica radical à colonialidade do saber e do poder. Nós vivemos em um modelo colonial, e essa consciência em relação ao direito à vida descoloniza o sistema, “destampa” o sistema. E aí as práticas vão chegando: as práticas integrativas, o cuidado do corpo, o cuidado de si, o cuidado do outro, o cuidado do sofrimento, o cuidado das emoções. O sistema se abre para o direito à vida e para as exigências do direito à vida, que são o acolhimento, o

estar junto, os cuidados com o corpo e com a alma. Com esse movimento, torna-se possível ultrapassar o mero reconhecimento do direito do outro, o direito de ser incluído, considerado, respeitado, avançando em uma dimensão que permite o brotar do amor, da solidariedade, do estar junto, da alegria da vida na sua plenitude. E isso, parece-me, é o caminho pelo qual devemos avançar, radicalizando a luta na direção da biopolítica e do biopoder: a construção do corpo, da alma, da saúde das pessoas. E essa radicalização é também um processo de descolonização.

O SUS, em certa medida, é também uma luta pela descolonização do sistema oligárquico; ele avançou na senda dos direitos republicanos, do direito ao reconhecimento, e entrou pelo direito à vida. Porém, os colegas bolivianos têm avançado mais rápido. Eles podem parecer pequenos, mas tiveram condições de avançar mais rápido. Noventa por cento da população é de indígenas, mas quando eles tomaram consciência dessas questões, eles foram muito rápido. Nós somos mais pesados... É como a Venezuela, que também tentou romper com essas dinâmicas, mas o jogo é pesadíssimo, e as forças oligárquicas muito poderosas. Mesmo assim, é uma coisa gigantesca o que ocorre na Venezuela, com mudanças muito importantes na saúde, na educação. Tudo tem de

ser considerado. Não se fazem avanços de uma vez só. Faz-se aqui e ali. E nós temos que mapear esses avanços, para ampliar essas redes. Cada um que avança na frente abre a rede. E é preciso abrir a rede para incluir os outros e avançar em conjunto. Avanço não se faz de uma vez só. São vários níveis de lutas que vão se sucedendo, até chegar ao direito à vida. Do contrário, é colonização sobre o sistema.

**Plateia 1** – Antes de mais nada, eu gostaria de agradecer aos organizadores do evento. Estou aprendendo coisas muito importantes, que certamente vão me ajudar muito. Meu questionamento é dirigido ao Paulo Henrique Martins, principalmente por tudo o que ele acabou de dizer sobre a escola. Há uma lógica de trabalho que favorece a construção a que se propõe o SUS, com ações voltadas para a produção social da saúde, mas eu queria discordar do Paulo Henrique, dizendo que as dinâmicas de que ele fala não ocorrem apenas na escola. Elas também estão presentes em nossas unidades de saúde. Ali, nós também encontramos uma cultura avessa à construção coletiva e também pouco afeita à defesa da vida, à colocação da vida em primeiro lugar, com respeito ao outro. Não existe essa cultura – esse é um processo de construção no qual todos estamos inseridos –, ou existe,

mas não é predominante. E eu acho importante afirmar isso, pois me parece que não ajuda muito ficar dizendo que os profissionais da educação, nesse processo articulado de construção, estão com maior dificuldade do que os profissionais de saúde. O que estamos vendo na prática é que não existe muita diferença, e que as dificuldades estão nos dois campos. E o que nos ajuda nessa construção é termos metodologias. Não me parece que nos falte desejo, ainda que seja muito importante falar disso. No entanto, parece-me que, para além disso, é preciso construir metodologias de trabalho para a construção de projetos de trabalho que sejam de fato participativos, que considerem a visão de todas as pessoas envolvidas: trabalhadores da saúde e da educação, usuários dos serviços de saúde, estudantes, famílias, a comunidade etc. Todas essas vozes devem ser efetivamente consideradas e, assim, construiremos políticas públicas de terceira geração.

**Plateia 2** – Inicialmente gostaria de parabenizar e agradecer à mesa pela oportunidade de partilhar com pessoas cujo pensamento realmente transforma. É uma experiência muito boa poder pensar junto com companheiros da América Latina, com pessoas que estão vivendo esta mesma realidade. Nós muitas vezes temos uma apro-

priação da realidade por meio de textos, mas é muito importante quando pessoas que vivem essas realidades vêm até aqui para dialogar conosco. Tomando alguns elementos do que nos foi trazido pelos componentes da mesa, percebe-se uma contradição entre uma democratização (ou algo que nós esperamos que venha a ser uma democratização) e os processos de estabilização jurídica. Falo isso porque Paulo Henrique trouxe o exemplo da Constituição da Bolívia e Ximena Sánchez nos falou um pouco sobre o Chile, dizendo que o neoliberalismo está constitucionalmente amarrado em seu país. Poderíamos talvez trazer o exemplo do Brasil, quando conseguimos colocar o SUS na Constituição Federal. Na Bolívia, porém, ao menos mais recentemente, parece que se conseguiu uma espécie de estabilização jurídica em torno de alguns anseios sociais.

Eu estou colocando isso como uma contradição, porque o direito parece algo distante, feito por técnicos, dissociado da política, mas é justamente pela linguagem do direito que se expressam as opções políticas. Podemos pensar nos próprios clássicos da sociologia: Weber, ao analisar o surgimento do capitalismo na Inglaterra, nos diz que a racionalização do direito possibilitou o desenvolvimento pleno do capitalismo naquele momento.

O direito é muito fortemente marcado por essa ligação com uma espécie de pensamento do Estado que não é um pensamento, digamos assim, progressista ou libertador. Ele é muito mais provável de ter um resultado positivo quando está voltado para o liberalismo. Por mais que tenhamos conseguido inscrever princípios progressistas na Constituição Federal, seja ela brasileira ou boliviana, a interpretação desses direitos, e sua materialização na prática, é sempre muito mais fácil quando efetuada pela lógica do liberalismo. E eu acho que isso é um dilema, porque a democratização exige a constitucionalização, exige que consigamos garantir esses direitos. E ao mesmo tempo, esse direito, na medida em que ele é escrito – ou retraduzido, como diria Bourdieu (2006) –, ocorre uma espécie de “asepsia”, que elimina as questões mais propriamente sociais, e o que resta é um direito muito mais voltado à dimensão liberal.

Nora Garita e Ximena Sánchez falam de seus países e ficam evidentes as semelhanças em toda a América Latina. Parece que houve, para todos nós, a troca de ditaduras por promessas republicanas, democráticas. Muitas dessas promessas foram escritas constitucionalmente. Cada país apresentou um projeto diferenciado. Eu não sabia, mas pelo que Ximena

relatou, a Constituição do Chile também foi refeita. No Brasil, nós também passamos por um processo de reescrita da Constituição. Isso ocorreu em diversos países.

Nora nos diz que foram cinquenta anos de violência na América Central, e que agora a violência persiste de outras formas, não mais relacionada à guerra, mas à própria desigualdade. Eu acho que isso também ocorre no Brasil, no Chile. As promessas democráticas não se concretizaram. É óbvio que a democracia ainda precisa ser construída, é óbvio que precisamos avançar com nossos procedimentos democráticos, mas a própria proceduralização da democracia acaba servindo muito mais aos anseios do capitalismo liberal do que para alguma espécie de anticapitalismo. No filme *Corporation*, há uma entrevista com um pesquisador do Fraser Institute, na qual ele diz que ainda existe muito a ser privatizado. E ele afirma isso como algo positivo: – “Ainda existe muito ar, rio, água, muitas coisas a serem privatizadas.” Eu não sei se podemos romper com isso pela lógica do direito, posto que é justamente o direito que favorece isso, que garante esse tipo de pensamento.

**Plateia 3** – Quero fazer uma pergunta para cada expositor. Para Ximena Sánchez, eu gostaria de replicar a

questão formulada por Alda Lacerda sobre o aborto, e que me parece ter sido esquecida. Se eu entendi bem, Ximena nos disse que não ocorrem abortos no Chile, mas eu tenho a impressão de que ela quis dizer, na verdade, que o aborto é ilegal. Aqui no Brasil também há essa ilegalidade, mas isto não impede que existam abortos. Imagino que existam abortos clandestinos no Chile, não?

Com Nora Garita, eu gostaria de voltar ao tema do feminicídio, com base no relato sobre algumas dinâmicas de violência aqui no Brasil. Segundo o Instituto Papai, ONG pernambucana que trabalha com questões de gênero, há um recorte que torna os homens jovens, negros e pobres muito mais suscetíveis a assassinatos do que o restante da população. Dito de outro modo, se você for, além de homem jovem, também negro e pobre, suas chances de acabar assassinado são muito maiores do que se você não reunir essas quatro características. Paralelo a isso, pode-se observar na sociedade brasileira a circulação de discursos que desvalorizam essas pessoas, e que as posicionam como perigosas. Em sua fala, no entanto, parece-me que ocorre o contrário com as mulheres na América Central, ou seja, há uma grande valorização das mulheres. Minha pergunta é se existe alguma dinâmica semelhante em relação às mulheres na América

Central? Há um discurso da desvalorização da mulher, ou seria exatamente o oposto disso?

Ao Paulo Henrique, eu gostaria de dizer que é muito inspirador ouvir sobre o que está acontecendo na Bolívia. No entanto, eu gostaria de tomar outra coisa que você disse, mais no início de sua fala, a respeito da nossa tradição bélica na área da saúde, que se expressa no combate ao mosquito, no enfrentamento ao *crack*. Recentemente, uma importante sanitária brasileira disse publicamente, em conferência realizada durante o congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), que esta gestão do Ministério da Saúde pode entrar para a história como aquela em que a noção de “saúde como direito” foi sepultada, em nome do retorno de uma noção de “saúde como violência”. A dúvida que tenho, e sobre a qual eu gostaria de ouvir o Paulo, é se essa noção de “saúde como violência” está mesmo retornando, ou se ela jamais nos abandonou?

**Platéia 4** – Inicialmente eu gostaria de agradecer à Alda Lacerda e a todos os organizadores deste evento, e aproveito para perguntar ao Paulo Henrique Martins de que forma ele vê as novas lógicas de desenvolvimento por meio de arranjos produtivos locais com essa composição entre Estado e empresas, com o uso da cultura

e do ambiente local com base nessa visão da dádiva. E, outra questão, de que forma você vê a apropriação privada dos fatos e acontecimentos, nesta construção da agenda pública, por uma imprensa essencialmente privada nos países latino-americanos?

**Nora Garita** – Penso que se está introduzindo uma relação muito interessante entre isso que estamos discutindo e o direito, e eu vou tentar sintetizar um pouco o que tenho percebido. Quando falamos de América Latina ou de regiões como a América Central, há particularidades muito diferentes entre cada país. Então tratamos de buscar pontos comuns, para estabelecermos algum tipo de comparação, sem jamais esquecer os limites entre o que pode ser compartilhado e o que é particular. Nesse sentido, trato de fazer uma generalização para relacionar o direito. No caso da América Central, é preciso que se comece dizendo que a dinâmica da guerra trouxe efeitos não apenas aos países nela envolvidos, mas para toda a região. E no exato momento em que a guerra chega ao fim, chega a democracia e, junto com ela, o neoliberalismo. E, justamente nesse momento, emergem novos atores sociais, inéditos. As “maiorias emergentes”, como alguns historiadores da América Central as chamam. São, porém, as maiorias que já estavam ali, que sempre esti-

veram: sempre houve índios, sempre houve mulheres, sempre houve gays, sempre houve comunidades... E, com a democracia, essas maiorias emergem, e começam a lutar por seus direitos particulares, os quais, por causa do neoliberalismo, os Estados não se propõem, de nenhuma maneira, a proteger, pois consideram que isso tudo não passa de empecilho à atividade econômica. Então, as lutas não obtêm respostas da parte do Estado. O que tem ocorrido é que o direito se modifica, criando novos delitos. E isso não ocorre apenas na América Central. Por exemplo, o modelo neoextrativista,<sup>2</sup> que corresponde à etapa atual do capitalismo, age com consciência de que vai violentar os direitos das comunidades. Há outros exemplos na Bolívia, mas eu estou falando do caso da América Central. No Panamá, por exemplo, o artigo 5 da Constituição falava do respeito aos territórios, às comunidades indígenas, mas, como o capitalismo quer sempre mais e mais, há três anos uma companhia canadense queria fazer uma mina a céu aberto em uma comunidade indígena e uma companhia hidroelétrica queria fazer um projeto também em uma comunidade indígena. E o que o

---

<sup>2</sup> É possível falar de um “neoextrativismo”, porque já houve, na história da América Latina, um modelo extrativista, que se manifestou de muitas formas distintas (nas minas, nas companhias bananeiras etc.).

Estado panamenho fez? Sabendo que para fazer a mina e a hidroelétrica teria de violentar a própria Constituição em seu artigo 5, optou pelo caminho mais simples: reuniram-se todos os deputados e apagaram o artigo 5! No caso da Costa Rica, que é a “democracia centenária” da região, o que ocorreu? Quando houve a emergência de novos atores sociais e de novas lutas, modificaram-se as leis. Tornou-se delito, por exemplo, organizar manifestações públicas nos largos conhecidos como “rotundas”, nas ruas, porque se diz que elas violam o direito à livre circulação dos automóveis. Ou seja, inventa-se um novo delito. Eu poderia dar vários exemplos de como o direito inventa novos delitos. Fala-se disso em toda a América Latina: a criminalização dos protestos e dos movimentos sociais. Foi assim no Peru, com o movimento de luta pela água, e é assim em todas as comunidades indígenas de toda a América Latina. Aí sim parece que temos um ponto em comum: o direito se alastra e cria delitos, e os inventa para ajudar às demandas do capitalismo.

Também gostaria de dizer que me chocou profundamente esse relato sobre as mortes de jovens negros. Eu não conhecia essa realidade e isso realmente me comove. No caso da Costa Rica, o que eu conheço sobre a morte de jovens do sexo masculino, com idades entre 15 e 20 anos, são as

“mortes sociais”. Meu país tem uma esperança de vida muito alta em relação à América Latina, que poderia ser ainda mais alta se não existissem essas mortes de homens jovens, com 15 a 20 anos de idade, que morrem por causa do abuso de álcool e de outras drogas, em acidentes de automóveis, em choques de masculinidades violentas. Ou seja, são mortes socialmente construídas. Eu nada sei do caso brasileiro, e me interessa muito. E acho que podemos concluir que parte do estudo da colonialidade da vida é estudar a lógica dessas mortes. Poderíamos fazer um projeto para toda a América Latina que propicie uma análise sociológica dessas mortes em jovens.

**Ximena Sánchez** – De fato, eu havia esquecido a pergunta feita por Alda Lacerda. No Chile, o aborto é penalizado e considerado um delito. Tampouco existe aborto terapêutico. Apenas muito recentemente, depois de dois ou três anos de intensas discussões, é que se conseguiu a autorização para o uso da pílula do dia seguinte, mas esse processo de discussão também gerou muito ruído, e a decisão terminou suspensa. É claro que existem abortos, mas como é considerado um delito, todas as estatísticas que existem são relativas, construídas apenas com base nos dados das mulheres que procuram ser-

viços de saúde por causa de problemas decorrentes de abortos. O Chile é um país bastante conservador nesses temas, e existe uma série de organizações pró-vida que se dedicam ao trabalho em torno dele. O que mais se vê não são mulheres se manifestando em defesa da descriminalização do aborto, e sim o contrário. Sempre que se debate o aborto, ou mesmo o aborto terapêutico, as polêmicas são intensas. Ou seja, estamos falando de um tema que está muito longe de ser solucionado.

No que diz respeito à questão levantada sobre o direito, acho que se trata de um tema absolutamente conjuntural. Penso que o Chile é um país bastante "especial", para não usar outra palavra. Nós vivemos um golpe de Estado, que foi um dos mais terríveis da América Latina, em 1973. Em 1980, elabora-se uma Constituição, aprovada em consulta pública, ainda sob os auspícios da ditadura. Essa é a Constituição de 1980, que segue em vigência ainda hoje. Somos o único país do mundo que passou de ditadura a democracia, sem reformar a sua Carta. Houve apenas a reforma de uns poucos artigos, e ainda assim depois de muitíssimas discussões. E nenhum desses artigos reformados toca no cerne da questão dos direitos, à exceção de um único caso, o artigo que dizia que todos os homens nascem iguais em direitos. Para as or-

ganizações que trabalham com uma perspectiva de gênero, era muito importante que o texto fosse modificado, de modo a incluir especificamente as mulheres. Porém isso era demais para os honoráveis e só depois de intensa discussão é que o texto foi modificado, e agora está escrito que todas as pessoas nascem iguais em direitos.

Existe ainda aquilo que chamamos de "leis de amarre", um conjunto de leis que foram promulgadas poucos dias antes, e em alguns casos poucas horas antes, do fim do regime militar, poucos dias ou poucas horas antes da posse do primeiro presidente eleito pelo voto direto. E mais, leis que foram aprovadas com uma quantidade de votos inferior a considerada a mínima necessária.

Com a crise pela qual passa o país, e com a pressão dos movimentos sociais, tem se fortalecido a ideia de que é preciso retomar esse tema, além de se realizar uma profunda reforma tributária. Candidata nas eleições presidenciais que serão realizadas no final deste ano, a ex-presidenta Michelle Bachelet tem defendido a possibilidade de reformar a Constituição. Tem se falado, inclusive, e em diferentes setores, da possibilidade de realização de uma Assembleia Constituinte. O problema é que isso será extraordinariamente difícil, pois quando observamos o governo atual

em sua composição, há ministros do gabinete da Presidência da República que aparecem nas fotos dos anos 1980, e que compõem o grupo conhecido como “os filhos do general”. Enfrenta-se atualmente no Chile um cenário difícil, e eu às vezes penso que talvez esse seja o preço que os chilenos têm de pagar por transitar da ditadura para a democracia de uma maneira não cruenta, mas na forma de um plebiscito e de uma estrutura de democratização.

**Paulo Henrique Martins** – As perguntas colocadas são tão amplas que justificariam uma agenda de discussões só para elas, o que seria realmente muito interessante. Mesmo assim, prometo ser bastante sintético. Inicialmente, é preciso dizer que o mundo está dividido em forças coloniais e anticoloniais. Em todos os lugares é assim, e não é diferente na América Latina. Mais recentemente, no entanto, nós passamos a perceber a emergência de lutas coloniais e descoloniais, sendo essas últimas as lutas pela desconstrução articulada dos sistemas de conhecimento e de dominação. Não basta ser contra a escravidão, mas é preciso buscar também o que está por trás da escravidão, da cultura do consumo, da estigmatização da pobreza – todas elas formas de colonialidade. E há movimentos que lutam contra todas as formas de colonialidade, todas as suas

expressões. Descolonizar o pensamento: não basta ser contra a pobreza; é preciso também desconstruir o estigma da pobreza.

No meu entender, o SUS é o espaço mais importante numa perspectiva pós-colonial, mas que não chega ainda a ser descolonial, pois ele não desconstrói os sentidos de colonialidade – e convive, inclusive, com práticas autoritárias, oligárquicas, com hierarquias cognitivas e morais que interpelam o funcionamento do SUS o tempo inteiro. Contudo, apesar da reprodução de mecanismos de colonialidade, das práticas oligárquicas e assistencialistas, o SUS ainda é, no Brasil, o espaço em que mais se pensa a democracia e a participação. Paulo Freire é uma figura fundamental na educação, mas infelizmente, em Pernambuco, ninguém lê Paulo Freire. Então, quando eu falo de escola, eu não estou falando da escola em que você trabalha, mas das escolas primárias dos bairros, em que os professores estão brigando em cada sala de aula, da autoridade contra as crianças, demonstrando uma profunda dificuldade de sair desse discurso colonial para entender a produção de saberes a partir de outras perspectivas que não sejam a mera reprodução de conhecimento.

Eu quero dizer que existe colonialidade na educação, na saúde, em todos os campos, assim como

existem as lutas descoloniais. O que precisamos fazer é uma ruptura epistemológica, avançando na senda da descolonialidade, rompendo com estruturas de dominação e estruturas de poder. Quando trazemos à tona a questão do direito, nós ainda estamos dentro da tradição republicana e liberal, com os direitos sociais, a cidadania, mas o pensamento colonial pensa o direito como poder. Quando se diz que o Brasil tem de crescer a qualquer preço, o desenvolvimento é colocado como fetiche, ou seja, o crescimento econômico é mais importante do que a vida de cada brasileiro. Então, isso é colocado como um direito, mas não é: não está posto na Constituição. Lá está contemplado o direito à propriedade privada, mas o que esse direito está sugerindo é que o crescimento econômico implica a possibilidade de uma elite econômica se apropriar de todas as riquezas disponíveis. Isso é o que eu chamaria de um “direito como reflexo do sentimento de poder”.

E é isso que os movimentos descoloniais mais progressistas, como é o caso boliviano, já entenderam. Quando tentaram tomar-lhes a água e a terra, eles conseguiram entender que estavam tentando tomar deles algo vital. E aí, deu-se a luta para estabelecer o dom da vida contra o antidom. Parece-me que o tema do direito deve ser pensando por esse caminho: não em sua forma jurídica,

mas como expressão de um sentimento de poder, um sentimento que se funda em um entendimento teórico, em uma compreensão cognitiva, ética e estética, acerca do seu lugar no mundo. Uma questão filosófica, portanto. Qual é o meu lugar no mundo? Aliás, melhor dizer, qual o *nosso* lugar no mundo? Esse entendimento passa pelos movimentos sociais, pelos movimentos políticos, e abre a possibilidade de outra compreensão.

A ruptura epistemológica com uma forma de realidade é fundamental para o avanço dos movimentos coletivos, dos movimentos sociais e do movimento sanitário. E eu acho que esse é o dilema do SUS: estamos vivendo processos muito fortes de re-colonização, especialmente ligados à cultura do consumo, em um processo apoiado em larga escala pelo movimento sindical.<sup>3</sup> O problema é que esse modelo se esgotou, e a Central Única dos Trabalhadores (CUT) pode voltar à rua a qualquer momento. E aí é preciso sustentar esse modelo, que a CUT termina ajudando a segurar, o qual está tirando recursos do posto de saúde e da previdência social para sustentar o consumo de automóveis e televisores de 50 polegadas. Ou seja,

<sup>3</sup> O sindicalismo possui uma visão bastante limitada do processo de democratização: é a visão da fábrica, do contrato salarial. E essa visão, que é muito forte sobretudo no ABC Paulista, implica reforçar a cultura do consumo, pois quanto maior o consumo, maiores os lucros e maior o salário.

tentando segurar o pacto. E começa a desorganizar tudo.

Esse mecanismo de colonialidade pelo consumo suplanta os antigos mecanismos de colonialidade pelo saber e pelo poder. Inclusive nós, a elite intelectual, fomos muito colonizados por um pensamento eurocêntrico. Durante muito tempo e ainda hoje, nós pensamos o Brasil a partir da utopia da modernidade europeia. A Europa como o centro do mundo. E os europeus estão vivendo agora a desconstrução da Europa. Eu estive na França há um mês participando de uma discussão sobre indicadores de riqueza, e nesse momento os franceses estão com grandes dificuldades, dispondo-se inclusive a repensar a “Europa Latina”, um projeto já em curso e que envolve Itália, França, Espanha e Portugal. A Escandinávia está fora, porque o sistema de proteção da socialdemocracia funciona muito bem: metade do salário de cada pessoa vai para o governo, e uma burocracia ética administra tudo para o bem comum. Então, esse sistema está protegido, enquanto a periferia da Europa está quebrando. Ou seja, a Europa não é mais modelo para ninguém. A China avança com seu outro modelo, e por aí vamos.

A América Latina possui uma tradição de lutas anti-imperialistas e independentistas muito forte. É esse o referencial que os movimentos so-

ciais e que a esquerda têm hoje, com base no qual podem reforçar-se as lutas internas na direção de um salto epistemológico, avançando na descolonialidade das práticas. No caso brasileiro, talvez o movimento sanitário seja um dos principais movimentos, um dos mais organizados. Parece-me que temos aí uma agenda importantíssima, porque os mecanismos de colonialidade expressam-se em todos os lugares. E é por isso que eu digo: não é possível romper com isso mediante ações e conhecimentos limitados apenas ao Brasil, porque o Estado brasileiro tem exercido um discurso de colonização. E como romper com esse discurso por dentro de uma lógica colonial, por dentro da colônia? É preciso buscar outros saberes, outras experiências, outras alianças, abrir-se a outras compreensões, outras práticas, outros direitos (o que não exclui, claro, os direitos republicanos, uma nova Constituição, como no caso da Bolívia). É preciso lutar pela liberação das práticas, pela liberação da consciência da vida, porque o meu direito à liberdade política, à greve, a um bom salário só surge quando eu me sinto no mundo como um ser humano, com o meu potencial de criatividade e de força como ser humano. Viver é o poder que todos nós temos e do qual não podemos abrir mão, porque é a base de tudo. Daí se constroem todos os direitos de celebração da vida humana.

## Referências bibliográficas

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

CAILLÉ, Alain. A sociedade mundial no horizonte. In: MARTINS, Paulo Henrique; NUNES, Brasilmar Ferreira (org.). *A nova ordem social: perspectivas da solidariedade contemporânea*. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 17-41.

CHILE. MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN. CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. Santiago de Chile: Ministerio de Planificación, 2009. Dis-

ponível em: [http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/RESULTADOS\\_CASEN\\_2009.pdf](http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen2009/RESULTADOS_CASEN_2009.pdf). Acesso em: 6 ago. 2013.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2003.

SIMMEL, Georg. El pobre. In: \_\_\_\_\_. *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes, 2002. p. 218-246.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998.



**Parte III**  
**Construção do Direito e**  
**Sociabilidades em Saúde**



# Ciencias sociales y ciencias de la salud articuladas por el *pathos*: pasiones y padecimientos\*

Gabriel Restrepo

Agradezco en el “alma” la invitación para redactar éste artículo que congrega en el tema de la salud a la sociología de América *Ladina*, como llamo a nuestra región,<sup>1</sup> en vísperas y como un escalón hacia el XXIX Congreso Latinoamericano de Sociología, que se realizará en Santiago de Chile, del 29 de septiembre al 4 de octubre, con el tema: *Crisis y Emergencias Sociales en América Latina*.

Y entrecomillo este calificativo, “en el alma”, porque para mí, en tanto pueda encerrarme en esa palabra tan intangible, “el alma”, por supuesto un “alma” en un “cuerpo” o quién sabe si muchas almas en muchos cuerpos, la invitación a este *Banquete* (La Jornada Internacional Pré-ALAS Salud), y escojo la palabra *banquete* con toda intención,<sup>2</sup> es una extraordinaria oportunidad para poner a prueba y enriquecer la teoría dramática de la sociedad que he venido elaborando desde hace mucho tiempo y de la cual soy, valga la ironía, el único portavoz, y por una razón fundamental: si ya se reconoce la dificultad de crear teoría cuando la destinación presupuestaria de nuestros Estados a la ciencia y a la tecnología es algo así como el error estadístico del error estadístico, la dificultad se eleva a no sé qué potencia cuando se elabora en los márgenes

---

\* Síntesis del ensayo titulado “La salud pública como *pathos*: conjeturas, paradojas, aporías y musements desde una teoría dramática de la sociedad” escrito para la Jornada Internacional Pre-ALAS Salud.

<sup>1</sup> Rescato el concepto polivalente del ladino del siglo XIII de raigambre ibérica con impronta sefaradí y pensado como un ser entre distintas fronteras culturales para tres acepciones: en el orden sensitivo, el ladino es mimético; en el orden intelectual, es astuto, incluso traidor como se significa en México; en el orden racional, es un traductor múltiple guiado por la sabiduría, póngase por caso la figura de Melquíades en *Cien Años de Soledad*. América Ladina transita en forma lenta del primero al tercer nivel.

<sup>2</sup> Me adelanto a indicar que la alusión al simposio como *Banquete* remite al libro con el mismo nombre de Platón y en particular al discurso de Diotima en torno al amor, ya que en mi visión, la concepción de la salud estará anclada en una suerte de *eros sophia*, es decir: amor al saber mediante el saber del amor o, en términos más generales, en una teoría compleja de las pasiones, concepción que remite a la Alquimia, por ejemplo a Paracelso, entre muchísimos otros, y aquí como transformación de pasiones negativas en pasiones creativas.

de los márgenes e incluso, en esa condición fantasmal de aquel que parece a veces radicarse en esa penumbra de la paradoja de Russell: el conjunto de los no conjuntos o, para expresarlo con la aporía de Edgar Morin: “pertenecer a lo que no se pertenece, y no pertenecer a lo que se pertenece” (Morin, 1995), condición ancestral del meteco.

Quiero aclarar el concepto metafísico de “alma” para situarla mejor a ras de piso y de paso para situar en este horizonte llano y ontológico el nexo preciso entre ciencias sociales y ciencias de la salud. Debe traducirse este concepto teológico y metafísico, “el alma”, por el palimpsesto de significados que organizan las significaciones o sentidos de un individuo y al que denominaré *sema* encarnado en un *soma* o cuerpo, por supuesto con la posibilidad de que el *sema* se refiera incluso no solo al cuerpo real de un individuo, sino por ejemplo a un cuerpo ficticio o fantasmal superpuesto de modo imaginario al real, pero también a otras alternativas extremas como la de que el *sema* del individuo se disuelva de modo psicótico en un mundo aleatorio de objetos no aferrados a un centro de significaciones o esparcidos en los objetos exteriores al individuo.

Se trata, entonces, de una concepción semántica del individuo, vinculada de modo estrecho a la inscripción y constitución del cuerpo al genoma, pero ambas afectadas por su experiencia con el mundo. Hablo de palimpsesto porque este *sema*, o conjunto de *semas*, se organiza como aluvión de distintos estratos, como ocurre en la geología: arrastra la pre-destinación del individuo, esto es la historia mental y real de padres y abuelos, respecto a los cuales es en *sema* y *soma* (léase ADN) siempre un símil disímil de parejas disparejas; se superpone a ella la destinación, es decir: el registro de la crianza, el modo como el ser nudo, desnudo o estético es convertido en un sujeto moral o ético e introducido en una doble rajadura: certidumbre de división sexual y pesadumbre de ser un ser roto en el tiempo, es decir: destinado a la muerte: si esta concepción semántica y somática del individuo irrumpiera en teoría y en práctica, las ciencias de la salud sabrían que no sólo en el ADN se prefigura el curso de crecimiento y entropía de un individuo, sino que además, en la constitución ética del mismo se podrían vaticinar las fracturas, desarticulaciones, padecimientos del mismo debidas a intangibles lesiones afectivas y morales: para poner un ejemplo, la indigencia es inconcebible sin una falla fundamental en la relación de alimento por el seno, afecto, estimulación de la inteligencia y lenguaje. Cada cual, dijo el poeta Mallarmé, encierra un secreto y muchos mueren sin saberlo y ese secreto, la constitución psíquica, formará el fundamento de un tresillo con la vida privada o familiar y la vida pública. El yo es ante todo un Y/O paradójico:

pues por la Y es conjunción y suma tendiente incluso al infinito, pero por la O es disyunción y resta hacia la nada. Un solo solidario alternará desde entonces la apertura a los otros con la irredimible unicidad.

El siguiente pliego inmenso del palimpsesto es la auto-destinación en ese momento de muda fenomenal de la niñez a la pubertad y luego de la adolescencia a la primera juventud: en esta etapa tan incomprendida por la tozudez de la tradición, los individuos intuyen su propio camino, esbozan un designio al ensayar en tanteos aquello que los une y los separa de padres y de maestras, ejercitan un cuerpo y una mente que cambian tanto en apenas un lustro que en cada día se deja de ser lo que ayer se era y se es muy distinto a aquello que se será el día de mañana. Incertidumbre, vacilación, duda, tensión entre el sí mismo y los otros caracterizan a una etapa que por supuesto deja sus cicatrices en cuerpo y psique, siempre de la mano de esa fuerza que se impone sin que el individuo sepa de dónde viene y hacia dónde lo lleva: la sexualidad y el amor.

Adviene en tercera escala la madurez: es la larga y seria vida en la lucha del yo con el mundo librada en los avatares de la tensión entre insistencia (*in se stare*, la propulsión o el automatismo del habitus o de la caja negra sellada en la infancia) y la existencia (*ex se stare*, el salir de sí, que en casos límites, como en los artistas, procede muchas veces por ese vacilar en la cuerda floja del abismo y del límite por la vida del éxtasis, una forma dramática de rozar lo *borderline*). Acompañan los dos grandes maestros, el dolor y el amor. El primero añade, proporciona energía, fe esperanza. Ambos juegan en la partitura tragicómica del sujeto en la larga edad madura, pero el más persistente y puntual es el *pathos* como dolor porque taja, monda, corta, desilusiona: es como el supremo negador, Mefistófeles, que a cuentagotas dispone la muerte antes de la muerte con reiteradas crisis que escenifican el gran dilema de vida y muerte, en tanto que los padres mueren y los hijos nacen.

La última etapa es la recolección de todo el palimpsesto de la vida en la plenitud, cuando el hombre o la mujer declinan y volviendo a su niñez con poca o mucha sabiduría, se destinan antes de morir a los otros u otras, familia, ciudad, comunidad o mundo. Si en la adolescencia el sujeto se procrea a sí mismo como padre y madre de su propio designio intuido, en la plenitud en el estado más lúcido el anciano se convierte en una suerte de abuelo de sí mismo en su totalidad y aprende el aprendizaje quizás más difícil, el de saber morir. Independiente de los condicionamientos del ADN, la longevidad en muchos casos dependerá del modo como el sujeto comprenda y desprenda lo que en él aún persiste de los padres como *gift*, en la doble acepción de veneno (en alemán) o de don o remedio

(en inglés): es decir, del modo como haya transformado a lo largo de su vida y en este pasaje complejo los venenos del pasado en dones de sabiduría.

Enfocado a partir de estas premisas, el tema de la salud no podría ser más apropiado para la compleja elaboración conceptual de una teoría dramática de la sociedad centrada en las pasiones, la cual parte no solo de la proximidad etimológica de teoría y teatro (*theorein*) en la condensación del *pathos* individual y colectivo como un contemplar a fondo, *visionar* se diría si se admitiera el neologismo, en todo caso una tendencia a la visión o a la videncia como acto de razón expandida, mucho más profundo que el sensitivo ver, o que el intelectual mirar: menudo problema, pues para acceder a la videncia de una posible razón en sabiduría y no solo en el agregado de saberes, el propio investigador, en la etimología el que indaga los vestigios, debe pasar él mismo por el cedazo de todos los componentes del *Arte Poética* de Aristóteles, quiere decir: reconocer al derecho y al revés (reconocer es un palíndromo porque se lee igual en los dos sentidos), es decir: reconocerse en el *relegere* y en el *religere*, en la relectura o inteligencia (*intus legere*, leer adentro) de su palimpsesto donde se entretajan como una costura descosida el sema y el soma en la reunión de sus restos náufragos a la deriva en la derrota de la vida: su ser mineral; su memoria e inscripción animal encadenada a la cadena trófica; sus mimesis y juegos; sus nudos dramáticos, los cómicos y los trágicos en la composición no poco involuntaria e impuesta de sus caracteres en la destinación de infancia y el modo como más allá de la auto-destinación juvenil contienden el yo y el mundo, el Y/O, siempre partido, conjunción y disyunción, como vulgaridad risible si el flanco es cómico o en la demasía o *hybris*, en los *lapsus*, y en esas lecciones encerradas más en los fracasos siempre veraces que en los éxitos por lo general aduladores, en suma: el trenzado de demencia y sapiencia, demonio y ángel. Y a partir de allí, sufrir las purgas y catarsis inducidas por los mejores e infaltables maestros: el puntual dolor y el muchas veces esquivo amor y todo ello para alcanzar lo más preciado de la vida: la anagnórisis, la transformación de sus resentimientos en reconocimientos y de lo padecido con tanta escoria en destilado de áurea sabiduría si se alcanza la plenitud.

Ahora bien, si en la indagación de los vestigios propios el hilo conductor es el *pathos* en toda su plenitud como padecimiento, pasión, patología, paciencia, patetismo y demás, lo mismo ocurre en un plano más complejo en el examen de la acción social a cualquier nivel: macro, meso, micro, instaurada desde el nacer social, más allá del ser estético de la vida nuda receptiva, como *ethos* y, por tanto, como *pathos* desde el neolítico en sus dos primeros milenios, es

decir, en el intervalo entre 8.500 y 6.500 años desde ahora. Comprender el significado no sólo médico, sino social de esta palabra griega, preñada, que abre la semántica de las relaciones entre salud y enfermedad, es casi imposible sin esa dosis de psicagogía y de parrhesía que el mejor Foucault redescubrió en el mundo griego (Foucault, 2009), olvidada como decía Heidegger del ser (Heidegger, 1993), a favor del expediente de la pedagogía, en tanto ésta ha sido y será el oficio de amaestrar más que a sujetos, a entes abyectos por el hecho de ser reducidos a punta de imperativo y de disciplina a la condición de objetos sin trayecto ni proyecto, uniformes, casi animales o cuando más esclavos como la recua familiar del *despotes*. Empero, esa suerte de adelantado de nuevos paradigmas, Foucault, jamás alcanzó el valor de sacarla del museo del *logos* para hablar él mismo en clave de parrhesía, cuando a posteriori es patente que su lúcida arqueología del poder la derivó en primera instancia de su goce con el sadomasoquismo, comprendiendo el goce como ese vértigo entre placer y dolor. Tarea pendiente desde esta América Ladina, como argumentaré.

Si apelo al cambio de paradigma de la educación, de la pedagogía a la psicagogía, en una ponencia en torno a la salud pública es porque este tránsito es fundamental, del mismo modo, para modificar el concepto de paciente como objeto o cuerpo-máquina sin mente e, incluso, en las versiones más sofisticadas, la cibernética de Talcott Parsons y aún la de Freud en sus peores versiones y variaciones (Parsons, 1967), de un cuerpo demente, si se concibe la salud como desviación social necesitada del control de en las ciencias de la salud o de la psiquiatría. Este traslado o traslación de un sistema social engendrado por el *pathos* (acidia, codicia, envidia y demás) inducido de modo sistémico por lo que Foucault considera como bio-poder, y que por mi parte denomino paradigma cibernético imperial, oculta una enfermedad crónica y estructural de las relaciones sociales: remito al Cuadro conceptual 1 que presenta las polaridades entre el paradigma cibernético imperial y el que llamo eco-bio-sófico.

El asunto es que la teoría dramática rompe mediante esta asociación de teoría y drama, sea tragedia o comedia, el presupuesto de que las acciones sociales son racionales, uno de los axiomas de Descartes, retomado en los presupuestos del paradigma utilitarista y de sus derivados, sean el positivismo, el evolucionismo o la economía clásica o neoclásica: remito al Cuadro conceptual 2 que ofrece un marco conceptual de la teoría dramática de la sociedad.

Esta ruptura tan elemental que parecería una operación muy simple y que asombra no poco al mismo investigador por lo casi trivial, empero no lo es, quizás no sería posible en otro lugar que no fuera excéntrico al denominado

mundo occidental, por supuesto con no pocas y muy brillantes excepciones en el pensamiento del hemisferio norte. Pero América Ladina es limo fecundo para el giro de una apariencia racional del obrar hacia un modelo de pasiones porque, en primer lugar, en las condiciones dramáticas del devenir de los pueblos mundos durante cinco siglos el sufrimiento, el *pathos* aparece con patente evidencia antes que el entendimiento o la razón.

No es posible la plena ruptura en el hemisferio norte, por lo general, porque el pensamiento se contrajo en el *logos* de raigambre y de filiación cartesiana/newtoniana, utilitarista/economista de corte clásico o neo-clásico/positivista/evolucionista/tecnocrático/instrumental/estructural/sistémico/cibernético y aún en el plano de la filosofía analítica y ha cortado el entronque de este *logos* examinado de modo tan intenso por la hermenéutica a veces hasta ciertas saciedades inanes; el *logos* se fecunda en cambio en América ladina con el *eidolon* (el simulacro, la imagen, el teatro, en el cual cabe por ejemplo la existencia barroca y por lo demás la hipocresía<sup>3</sup>), el *eidos* (los arquetipos, los mitos, los universales, como en Borges), con la *phoné* (la oralidad, tan exuberante en la región), con el *anthropos* (el *homo/femina sapiens/demens* configurado entre nosotros en la matriz de pueblos-mundos), el *zoé* (los animales), el *bios* (la naturaleza orgánica, tan megadiversa en América Ladina) y la *physis* (la naturaleza inanimada, tan fragosa en la región). En cambio el *logos* del hemisferio norte ha descuajado el nexa *sema/soma*, significaciones y cuerpo,<sup>4</sup> además de perder la fluidez en la articulación de las ciencias, las ciencias sociales, las letras y las artes, la ética, la estética y la espiritualidad, debido a su excesiva concentración en la utilidad tecnológica y en la exterioridad alopática.

Que sea posible en América Ladina todavía requiere de muchísimos rodeos y explicaciones, además del mero sufrimiento. La primera, el pensar de la región ha sido ecléctico, en el sentido originario de la palabra ecléctico, que se compone del prefijo *ek*, desde, afuera de, y el verbo *legein*, de donde viene el *logos*, pero en este caso un *logos* visto desde la tangente y no desde el centro, un *logos* que es reunir, recoger, clasificar. Por ende, el concepto de lo ecléctico, *ek legein*, leer desde afuera, en sentido no peyorativo se aplica a un pensamiento sintético e incluso casi sincrético que escoge desde afuera (*Ek*) lo

---

<sup>3</sup> La hipocresía es una condición existencial de América Ladina no sólo por retóricas arquetípicas, como la de los encomenderos ante la expedición de las Leyes Nuevas a mediados del siglo XVI: “se obedece, pero no se cumple”, sino porque el ser y el estar como lo ha demostrado Rodolfo Kusch (1999) no coinciden y más bien se plasman en el desgarramiento indicado por un retruécano: “somos donde no estamos y no estamos donde somos”.

<sup>4</sup> Zalamea y Restrepo, razón expandida o razón sensible (Zalamea, 2010).

mejor de lo disponible, pero que además en América Latina implica una tercera dimensión: obrar esta síntesis en función de la lectura de una realidad inédita y no poco compleja y fantasmal. Es como si se tratara de una prestidigitación o malabarismo de un pensamiento flotante, en el cual la imaginación ha de recorrer toda la rosa de los vientos.

Así que el pensar el centro desde la periferia, desde el exterior, es decir: el pensamiento *ex-orbitante* ha permitido no perderse en los núcleos duros de lo que hoy se llama meta-relatos y de aquello que Daniel Bell designó como estilo de pensamiento guiado por la simplicidad compleja, esto es por oposiciones binarias, por ejemplo: positivismo versus idealismo, sino por otro que corresponde a la complejidad organizada (Bell, 1973). En otros términos, la apropiación del pensamiento polarizado del hemisferio norte, metafísico o inmanente, fue más dúctil, más sinuosa, más receptiva a acoger de modo hospitalario el pensamiento contrario y ello en función del esfuerzo adicional que representa no sólo traducir, sino trasladar el pensamiento y recrearlo. Orlando Fals Borda significó ese encuadre como senti-pensamiento.

La razón de esta fecundidad del pensamiento deriva de las tres características más prominentes de nuestra devenir como pueblos mundos: desplazamiento, descentramiento y con-fusión entre lo virtual y lo real, características, valga añadir, que fueron motivos de nuestros cinco veces *cien años de soledad*, pero que hoy son constitutivas del mundo contemporáneo que por ello comenzó a elaborar la idea de complejidad, entre nosotros más antigua que el siglo que lleva de pensarse en el mundo del norte. De modo que hoy asistimos a lo que hace poco consideraríamos como un milagro: que por primera vez no sólo somos contemporáneos y no solo coetáneos de la contemporaneidad, sino sus adelantados y por ello estamos en condiciones de enseñar lecciones magistrales e inaugurales al mundo entero, en lo que condensa en un palíndromo: otro orto, otro amanecer, ya no en el oro de la piedra convertida en tesoro del Rey Midas, sino en la piedra filosofal que subyace al mito de Pigmalión.

Los ejemplos serían abundantes, pero pueden anudarse todos al gran arquetipo del Inca Garcilaso de la Vega. Bastardo de un teniente español y de una indígena de la nobleza cusqueña, el Inca, como en toque fiero se nombró al correr su edad más que mediana y en medio del trance entre dos mundos, siguió primero la senda mimética del padre español, pero luego, en la misma entraña del padre tornó a la nostalgia del mundo de la madre expuesta por el gran James Joyce con un neologismo admirable «*Garcilaso's indian moulder*», significando con el neologismo el regreso a la boca y a la madre, es decir a la

lengua y a la cultura de la madre (Hernández 1993, p. 183). El punto de inflexión, tal como lo demostró el autor citado, fue la traducción del toscano al castellano del libro del neo-platónico de León Hebreo, *Diálogos de Amor*. De modo que el pensar surgió en el Inca como una concepción y un parto al revés y, en cualquier caso, como un diálogo a múltiples voces, como es hoy el sello de lo mejor del pensamiento ladinoamericano. Retengo este retorno a la madre, madre física en tanto naturaleza viviente y fuente de vida tal cual la conciben la mayoría de la comunidades indígenas, pero también la madre como centro afectivo que vincula los mundos de la vida, esto es los nacaderos de nación o de mundo, por sus implicaciones para repensar la salud en los mundos de la vida como un potenciar la ética del cuidado que la mujer ha acrecido.

Y en una breve *arqueo-ilogía* o *genea-ilogía*<sup>5</sup> de nuestro zurdo pero no absurdo *logos*, lo mismo se podría indicar de otro arquetipo de la fecundidad del “bárbaro” o “bizarro” mestizaje arcaico, Guamán Poma, de quien hoy se recupera con actualidad extraordinaria el concepto del “buen vivir”, que retomaré en este ensayo por sus implicaciones para un nuevo enfoque de la atención primaria en salud (Quijano, 2012).

Otro tanto se puede descifrar en el gran Faustino Sarmiento, no sólo en el mismo *Facundo: Civilización y Barbarie* (Sarmiento, 1977), en el cual el autor, declarado positivista a ultranza, empero se deja seducir por las figuras del baqueano, del rastreador o del cantor, lo mismo que, luego, en *Conflicto y armonías en las razas de las Américas* de 1883, volverá a los dejos del romanticismo aunque se demuestre perplejo e incapaz de pensar una síntesis etnocultural del ser argentino, a diferencia de un Borges que en clave literaria ensaya tránsitos y pasajes con mayor gracia y ductilidad entre el compadrito, el orillero y el tango locales y los grandes mitos, aporías, paradojas y arquetipos universales.

La segunda razón es si se quiere más sociológica que cultural, pero es de una tremenda significación: buena parte de la esquizofrenia del mundo contemporáneo consiste en la contraposición radical entre el mundo del sistema social globalizado y los infinitos mundos de la vida, que poseen una lógica antípoda y se oponen de tal modo que el primero se dirige a la entropía, el otro a la creación y recreación de la vida: exponer esta brecha casi insalvable en el actual para-

---

<sup>5</sup> Estas expresiones, *arqueo-ilogía* y *genea-ilogía*, son dos neologismos posibles y plausibles que retuercen la búsqueda de los arcanos o de los genes siempre guiados por el *logos* o por los genes de modo lineal y apolíneo, para poner el énfasis más bien en la investigación, es decir, en el rastreo de los vestigios desde un pensamiento lateral, como se dice hoy, pero zurdo, ni recto ni correcto, es decir: extraer de nuestra apariencia demente, ilógica, o fuera del *logos* convencional, aquel *daimon* o sustrato de la genialidad propia de la locura encerrada en nuestros caminos en apariencia caóticos.

digma llevaría demasiado tiempo, así que remito al Cuadro 3 que presenta las pautas opuestas de estas dos esferas.

Aún hay una razón de razones en este poder aparecer de frente a la pasión, el *pathos*, en sus distintas formas, sea incendio de guerra o sea llama de amor viva, sea veneno o sea don, como hilo conductor del pensamiento. Y es que gracias a que nuestra fundación como pueblos mundos fue instituida en el mito platónico del amor, el cantado por la maestra de maestras, la singular extranjera Diotima de Mantinea, el paradigma cartesiano y utilitarista con todos sus derivados, de la mecánica clásica al positivismo y de éste a la cibernética y a la teoría de sistemas enfocada en el control, nunca pudo doblegar el romance de los mundos de la vida y aún estos han inficionado de alguna manera al mundo del sistema social globalizado.

A partir de estos presupuestos, en este extenso ensayo me dedicaré a tres temas en tres actos, para seguir con la metáfora del teatro o del drama, sagrado y profano, que demostrarán la importancia de una aproximación al problema de la salud desde una teoría dramática de la sociedad centrada en las pasiones. Además los denomino actos para significar que el pensamiento puede ser obra, que el logos entre nosotros puede advenir como performance colectiva o como creación colectiva, tal cual ha sido el lema y el principio del grupo de teatro colombiano La Candelaria.

El primer acto, el primer tema, el que exige aproximaciones más densas, es el derivado de las anteriores premisas: que la relativa riqueza y autonomía de los mundos de la vida en América Ladina, respecto al mundo del sistema social globalizado de la región puede servir para perfeccionar una mirada diferente y novedosa al manido cuello de botella de la atención primaria en salud en los mundos de la vida campesinos más refractarios al alcance de la acción reparadora del Estado, si a la vez que se pugna por una mayor democracia, se articula la salud pública en los niveles raizales y locales a través del concepto antiguo y nuevo del *buen vivir* y, en particular, si se sabe encontrar la articulación entre un nuevo sistema de salud pública y las potencias de los mundos de la vida: comunidad, solidaridad, ética de la benevolencia y del cuidado, ayuda mutua, dones, minga y demás.

El segundo acto, o segundo tema, se resumirá en pocas páginas, pero es muy ilustrativo: se trata de examinar a través de un caso crítico, la Empresa Prestadora de Salud (EPS), SaludCoop, el significado del cambio de modelo de salud pública en Colombia del contenido en la ley 100 de 1993 al ahora propuesto en el proyecto de ley 210 de 2013 presentado por el gobierno al

Congreso de la República. El fondo del cambio consiste en que la expresión canónica de Konrad Adenauer, que retoma la experiencia alemana desde Bismarck, “tanto Estado como sea necesario, tanto mercado como sea posible”, puede interpretarse de modos muy distintos.

El contexto político derivado de la Constitución de 1991, en parte producida como un pacto de paz con movimientos insurgentes reincorporados a la vida civil, permitió al gobierno concebir una ley como la 100 de 1993 con muchísimo más mercado que Estado, no sólo por el contexto global de liberalización a ultranza, sino porque la ingenuidad y la proveniencia y vocación de los movimientos insurgentes reincorporados reducía sus pretensiones al rasero de las prebendas del gobierno o del Estado, hipnotizados por el fetichismo de la Constitución de la que Fernando Lasalle decía en el siglo XIX que es al fin de cuentas unos pedazos de papel, sin que empero pueda negarse su voluntad de paz.

En cambio, el proyecto de ley 210 de 2013 cambia no poco la ecuación hacia el otro polo en el sentido de más Estado que mercado –fórmula que por lo demás admite distintas gamas de blandura o de dureza, sea el populismo venezolano, sea el cubano, sea el brasileño adaptado a Perú o el chileno de corte tecnocrático– cambio que se explica en buena medida por el contexto de América Ladina, pero también porque ya no es tan pasable una negociación de paz como la que se avizora con unos costos mínimos, en especial porque lo que está en juego es la Colombia profunda, rural y pobre y aunque los movimientos insurgentes que han persistido no son de modo estricto portavoces de ella, de todas formas su nexo territorial y la estructura de sus milicias presentan no poca raigambre allí. Y además, no es de restar importancia al éxito del Barak Obama al pasar la reforma de salud contra la oposición de los republicanos.

Pero en este tránsito interesa mostrar un caso dramático, para emplear la metáfora del teatro: la Empresa Prestadora de Salud que mayor cobertura logró con la Ley 100, SaludCoop, fue una apuesta del movimiento cooperativo, la mayor apuesta en su historia, por demostrar a Colombia la bondad de sus principios y acciones solidarios. Paradoja monumental: el escenario escogido fue el de un neoliberalismo afiebrado y por ello se podría apostar desde el principio a que en algún momento emergieran fisuras entre los máximos principios de libertad de mercado, en el ambiente, y los principios cooperativos, jugados en la arena del automatismo de la oferta y la demanda. Con todo, el crecimiento de la Empresa Prestadora de Salud con sello cooperativo fue espectacular gracias a un gerente de un extraordinario talento, de proveniencia de la clase media, como es por lo demás el origen del cooperativismo. No obstante, fallas propias

permitieron que la envidia socialmente organizada, esa pasión tan primordial en América Latina, transformara pecados veniales por mediación de la prensa o del poder mediático en la fabricación de un chivo expiatorio para ocultar la crisis del modelo de salud, pero también el uso de ese imaginario envenenado como una suerte de caballito de Troya para hacer pasable el nuevo modelo más estatal cuando el neoliberal mostró su agotamiento. Por ser una empresa disidente y diferente del modelo capitalista convencional, se prestaba además de su ingenuidad para que sirviera de inocente cordero de sacrificio. Es, si se quiere, un caso que muestra de qué modo en la salud, que tiene que ver con el *pathos* colectivo, se juega algo tan antiguo como un Edipo a quien se atribuye por sus faltas la propagación de una pandemia,<sup>6</sup> allí la peste, aquí la encarnación de “una enfermedad social” en tanto supuesta “corrupción”.

Pero la conclusión principal del segundo acto se enfoca en otra dirección: interroga la fórmula canónica que dice: “tanto Estado como sea necesario, tanto mercado como sea posible”. Las variaciones de la misma hasta el momento se han reducido a la polaridad que delega acciones reparadoras al mercado, o de otras que la encargan al Estado, por ejemplo, las misiones de salud en Venezuela. Sin embargo, la fórmula cojea en cualquier caso porque le faltan a la mesa, y ello para que sea redonda, dos patas: “tanto Estado como sea necesario, tanto mercado como sea posible, pero ambos, Estado y mercado al servicio de dos principios de principios: la nación y la sociedad civil, la primera encarnada en los municipios que sirven como eje a los mundos de la vida, la segunda como personería del alma de un Estado a través del poder ético independiente tanto del mercado como del Estado, enriquecido con la mayor personería del poder académico. Pero para que sea precisa la fórmula es preciso indicar que los mundos de la vida y la nación se condensan en una palabra: comunidades loca-

---

<sup>6</sup> Algo para indagar con más paciencia es la razón por la cual la palabra *pandemia*, un concepto que en sí es neutro, ya que significa en estricto sentido: todo (*pan*) el pueblo (*demós*), es decir lo que afecta a todo el pueblo, se convirtió en negativo, casi lo mismo que ocurre con el concepto de *epidemia*, que en su acepción original es lo que está sobre (*epi*) el pueblo (*demós*): en uno y otro caso es como si lo relativo al pueblo como un todo visto desde la medicina fuera no lo que lo afecta como salud o remedio, sino lo que lo infecta o envenena: tema divertido y algo más que eso para una teoría dramática de la sociedad que podría cotejarse con el famoso dicho periodístico: si un perro muerde a un hombre no es noticia, pero si un hombre muerde a un perro, sí lo es. En otros términos: a las ciencias de la salud no le interesaría en el fondo el estado saludable de la población, por ejemplo las bellas pandemias y epidemias de la paz y de las fiestas o de la felicidad, sino aquellas afecciones que producen trauma, lesión o daño. El problema de traducir de modo unilateral y negativo estos conceptos es que se pierden de vidas los correlatos en el concepto más amplio de *pharmakon* como aquello que puede producir veneno o enfermedad (*Gift* en alemán) y aquello que ocurre como don (*gift* en inglés) de sanación. Para etimologías griegas, véase el excelente libro de Barajas, 1984.

les y estas han de ser repensadas en función del concepto del buen vivir. Y en cuanto a la sociedad civil, ésta ha de ocupar el papel que usurpa la prensa o el poder mediático, para asumirse como poder ético y aún como encarnación de la dimensión sagrada de la espiritualidad del pueblo.

El tercer acto o el tercer tema será tratado de modo breve, aunque sería el tópico más apreciado por mí. Es la consideración de que el paradigma utilitarista vigente llega a aquel límite señalado más por Freud que por la dialéctica de Marx: el que fracasa al triunfar, puesto que la enorme e innegable expansión de la riqueza movida por el egoísmo calculador, al cabo produce la negación de sus propios principios (la máxima felicidad para el mayor número la mayor riqueza de la supuesta *common wealth*) y aún más: una inatajable entropía, la cual puede leerse como pasiones incubadas por el encuadre de la acción, lo mismo que un gran desgaste de energía individual y colectiva que por ejemplo puede centrarse en la pandemia más grave que ya es una realidad silenciosa: la depresión, además de afectar con sus presupuestos la misma habitabilidad de las especies en la tierra. Un mundo que produce los más sofisticados “bienes” o “productos”, empero no ha sido capaz de producir el más elemental: el sentido de la vida. En medio de la riqueza aparece entonces esa enorme pobreza de la desolación de la vida, aunada a la miseria de multitudes.

Una propuesta audaz, atrevida, excéntrica se formula para hallar una salida al impase global, un pasaje, *passover*, que sin destruir del todo el paradigma vigente, conserve lo mejor de él, pero en clave de *aufheben* (superar conservando) lo subordine a un paradigma emergente que pueda surgir y ganar en celeridad si encuentra una puerta, sólo una puerta precisa para el pasaje. Si se quiere, es hallar como indicaba el mismo Hegel, la rosa de la razón en la razón de la cruz o encrucijada del presente. Ese paso no pasa por la salud, por lo menos si se la entiende de modo estrecho, pero sí por la educación, pero bajo presupuestos inéditos del todo: una en clave de sabiduría que sirva como cura casi que homeopática (según el concepto antiguo, no el moderno) del *pathos* sistémico e individual. Se parte, por supuesto, de que salud y educación se fecundan de modo recíproco, más allá de las “externalidades” que todos los economistas señalan.

La idea, acariciada por mí desde hace muchísimo más de veinte años, consiste en consolidar una nueva educación basada en la creatividad y en el principio de sabiduría como cuarto poder público: no soy original, puesto que fue Simón Bolívar, inspirado en el numen del maestro de maestros, don Simón Rodríguez, quien la formulara en la más cósmica oración del libertador, en la

instalación de esa casa en el aire, como en el vallenato adaluz (“te voy a hacer una casa en el aire, solamente para que vivas tú”) que fueron los Estados hechizos, es decir, entonces ficticios porque hasta entonces sólo había nación: ello ocurrió en la soledad selvática de la desembocadura del río Orinoco en Angostura, el 15 de febrero de 1819, un poco menos de seis meses antes de la primera batalla decisiva para la liberación del dominio español, la de Boyacá: no había más Estado allí que el sueño, pura imaginación. El Estado en nuestra historia como pueblos mundos es un advenedizo y a veces un bastardo frente a la única revolución permanente y duradera de la América Ladina, la de las mujeres que crearon nación en la gesta de la gestación. El Estado, los Estados, cualquiera sea su signo, no han sido merecedores de esa sustancia y energía que en tanto nacedores y nación lo han configurado.

Repito: aquel discurso fue pronunciado en la lejanía de Angostura el 15 de febrero de 1819, poco menos de seis meses antes de la primera batalla exitosa en consolidar el camino libertario, la de Boyacá. Pero según mi hipótesis, la grandiosa idea, que hubiera correspondido de hacerse a un estribillo de Simón Rodríguez: “o inventamos o erramos”, quedó congelada en el Páramo de Pisba, es decir: en el paso de la Cordillera Oriental que llevaría a la victoria de Boyacá: pues los automatismos militares y los envanecimientos criollos olvidaron fundar los Estados en el carril principal de la educación.

¿Por qué razón, pregunto, el manejo de la educación es prerrogativa de los gobiernos? ¿Son los gobiernos los mejores pedagogos? ¿Son expertos en los procesos de aprendizaje y de enseñanza? ¿No es la educación, otra educación, por supuesto, la que podría colmar el abismo de la falta de sentido en un mundo abundante en exterioridades, en extremo rico en la superficie, pero pobre en interioridad y en sabiduría, carente de inteligencia en el sentido etimológico de la expresión, *intus legere*, leer adentro? ¿Y no subsiste la pobreza material del mismo modo por una incapacidad radical para descifrar a los otros y otras y para salir del egoísmo y de la condición de sonambulismo reforzada por el ahogo colectivo y al modo de Narciso en la superficie blanda del plasma?

Un tanto anarquista, la propuesta consiste en quitarle al gobierno el manejo de la educación y vista así, sin más, sería celebrada como esa destrucción del Estado con la que soñarían los marxismos más radicales. Pero solo se trata en apariencia de ello, puesto que el asunto consiste en la transferencia del poder académico del gobierno a un poder público independiente e interdependiente, en el cual converjan el Estado, todo el Estado y no solo el gobierno, en un 50% y la sociedad civil, toda la sociedad civil, en otro 50%. Dicho poder

debería ser auto-constituyente y auto-instituyente, configurado como quería Simón Bolívar como Aerópago que encarnara el poder ético de un Estado nacional. Por encomendar parte importante de la tarea a la sociedad civil, la propuesta es liberal. Pero también es conservadora, porque despierta una idea congelada pero preciosa de nuestra más entrañable tradición. Y para asombro de quien la ha formulado, yo, en la oscuridad de las noches, la propuesta es neoliberal, porque implica que en un determinado momento la sociedad entera expida “acciones bicentenarias por el cambio y la paz a través de la educación” que, manejadas por el sector financiero, capitalicen en forma extraordinaria en un fondo de capital enorme las sumas que requerirá refundar las naciones en la educación. Pero el fondo de la propuesta es comunitarista y comunal: pues la idea consiste en lo fundamental en que ese patrimonio extraordinario se irrigue en los municipios y en los mundos de la vida para habilitarlos como ágora y minga. Después la sociedad misma hallará las formas de devenir, pero partiendo de una premisa: la habilitación de cada sujeto como un ciudadano y conciudadano.

Vislumbro posibilidades de realizar desde “arriba” dicha propuesta. Si me engaño, el acto concluirá, el tercer acto, con una peregrinación que yo haría, a mis 71 años, a pie, con solo bastón y sandalias, de escuela en escuela y de pueblo en pueblo dentro de cuatro años para volver el 15 de enero de 2019, cuando se cumplan los dos siglos del discurso, con la utopía de Bolívar descongelada de su paso por los nevados de la historia y por los fuegos de las guerras.

## Referencias bibliográficas

BARAJAS NIÑO, Enrique. *Curso de etimologías griegas*. Bogotá: Biblioteca de la Presidencia de la República, 1984.

BELL, Daniel. *The Coming of Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting*. Londres: Penguin Books, 1973.

FOUCAULT, Michel. *El gobierno de sí y de los otros*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, 2009.

HEIDEGGER, Martín. *El Ser y el Tiempo*. Bogotá: FCE, 1993.

HERNÁNDEZ, Max. *Memoria del bien perdido*. Conflicto, identidad y nostalgia en el Inca Garcilaso. Lima: Instituto de Estudios Peruanos–Biblioteca Peruana de Psicoanálisis, 1993.

KUSCH, Rodolfo. *América profunda*. Buenos Aires: Biblos, 1999.

MORIN, Edgar. *Mis demonios*. Madrid: Kairós, 1995.

PARSONS, Talcott. *The Social System*. Londres: Routledge and Kegan, 1967.

QUIJANO, Aníbal. *¿Bien vivir?: entre el “desarrollo” y la descolonialidad del poder*. *Contextualizaciones latinoamericanas*, México, D.F., v. 4, n. 6, ene.-jun. 2012. [http://www.contextualizacioneslatinoamericanas.com.mx/pdf/Bienvivirentreeldesarrolloyladescolonialidaddelpoder\\_6.pdf](http://www.contextualizacioneslatinoamericanas.com.mx/pdf/Bienvivirentreeldesarrolloyladescolonialidaddelpoder_6.pdf). (7 Ago. 2013).

SARMIENTO, Faustino. *Facundo. Civilización y barbarie*. Caracas: Ayacucho, 1977.

ZALAMEA, Fernando. Los bordes y el péndulo. In: \_\_\_\_\_. *América – una trama integral. Transversalidad, bordes y abismos en la cultura americana, siglos XIX y XX*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2010.

**Cuadro conceptual I. Diferencias típico ideales entre un paradigma cibernético imperial y uno eco-bio-sófico.**

<b>PARADIGMA</b>  <b>DIMENSIONES</b>	<b>CIBERNÉTICO IMPERIAL</b>	<b>ECO-BIO-SÓFICO</b>
Duración y modos históricos	<p>8.500 años, desde la domesticación local, con dos grandes épocas de larga duración:</p> <p>1) Soberanía antigua, hacer morir y basada en dominación (amo–esclavo, señor–siervo), explotación (patrón capitalista–trabajadores/as).</p> <p>2) Bio-poder emergente entre el siglo XIX y XX: dejar hacer, hacer vivir, pero controlando la reproducción de cuerpos y mentes mediante sujetamiento.</p>	<p>Insinuada, pero marginal en las tradiciones mitológicas, religiosas, sapienciales, mistagógicas, chamánicas, filosóficas, románticas, literarias y estéticas, pero anunciada con persistencia desde hace medio siglo y con vocación para encaminarse a una nueva síntesis epistémica y política. Empieza a urgir cuando se percibe el paso milenarico de la domesticación local e incompleta del neolítico por la no domesticación del Amo, a la domesticación en la casa global, cuando el éxito mismo del utilitarismo demuestra su impotencia para dar vida.</p>
Ecuación general	Transformación de energías en información y control.	Transformación de energías en sabiduría, que es más que el saber o la suma de saberes, así no sean sólo los saberes científicos, puesto que los entrelaza con otra ética, otro derecho, otra religiosidad, otra estética, otra concepción semántica y lingüística, otros imaginarios.
Concepción de la organización	Red, piramidal, arborescente, jerárquica.	Urdimbre y trama, rizoma, trenzado, entretejido
Dirección de la organización	Centro que apropia expropiando.	Centro excéntrico, es decir un centro que se descentra de modo permanente para repartirse en la trama y valorar así lo distinto y distante.

Dirección de la producción social	Oro apropiado bajo la lógica de Midas, como valor de cambio en tanto expresión de poder.	Oro de sabiduría y distribución de energía en forma de educación bajo la guía de un principio opuesto al de Midas, el mito de Pigmalión.
Tipo de discurso	Abstracto, impersonal, extradiegético y omnisciente.	Deíctico o narrativo, coloquial, personal, afectivo, relacionado con la sapiencia.
Modalidad de los intercambios lingüísticos	Imperativo, mando, comando, telecomando.	Pregunta, pensamiento contextual, o sea ecocultural.
Centro de acción	El mundo del sistema social globalizado, es decir: poderes económico, político, mediático, académico, ético y religioso.	Los innumerables mundos de la vida en incontables cronotopos nacederos de la vida natural, orgánica y humana.
Modos de socialización	Pedagogía como doma del rebaño humano.  Predominio de la enseñanza y reducción frecuente a la instrucción.	Psicagogía <sup>a</sup> y mistagogía. <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Psicagogía quiere decir *psique agein*, guiar por medio de la consciencia, y su discurso es el de la *parrhesía*, palabra que quiere decir verdad, pero no una o una Verdades, sino verdades que son de vida o muerte, es decir que se formulan desde la experiencia y por tanto desde el *pathos* vital. Es un concepto opuesto al de pedagogía (conducir a los niños), o mejor: complementario, pero de orden superior, creado en Grecia clásica, pero olvidado luego, así como en filosofía según Heidegger se olvidó la pregunta por el ser. Fue rescatado por Foucault, como se señala en otra parte de este libro. A diferencia de la pedagogía, donde los sujetos maestro y alumnos se obturan como sujetos en función de un discurso anónimo, en la psicagogía la experiencia de los sujetos, maestro o estudiante, es de primer orden y en la cual muchas veces importan más los errores, si se sabe aprender de ellos, que los aciertos.

<sup>b</sup> Mistagogía quiere decir *mistis agein*, guiar a través de los misterios o del secreto. Reservada a los grandes mistagogos y a las sectas de lo oculto, en mi concepción ontológica y racional quiere decir tomar el contexto como texto de aprendizaje y de enseñanza y considerarlo como un misterio o como un secreto, es decir: ir más allá de lo que el saber común sabe sobre ese lugar común para descifrarlo en clave de etnopoésia. La fuente de inspiración para este concepto está en el relato *La carta robada* de Edgar Allan Poe, una de cuyas claves radica en que un lugar común con frecuencia es el mejor lugar donde se esconden muchos secretos que la vista cotidiana pasa por alto.



**Cuadro conceptual 3. Oposiciones típico ideales entre el mundo del sistema social globalizado y los mundos de la vida.**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>MUNDO DEL SISTEMA SOCIAL</b>	<b>MUNDOS DE LA VIDA</b>
Configuración	Sociedad	Comunidad
Interacciones sociales	Impersonales y anónimas	Personales o cara a cara
Interacciones “económicas”	<i>Oikos nomos</i> , economía en el sentido regulación del mundo clásico: distribución de bienes en el hogar	Creomatística, cuyo eje dominante es la especulación con el dinero
Estilos de pensamiento	Abstracto	Contextual o ecológico
Valoración de actividades	Pensamiento	Experiencia
Modo de ordenamiento	Estructura	Communitas
Tipo de expresión	Argumentativa impersonal abstracta	Narrativa y deíctica
Modos de expresión	Escritura	Oralidad y visualidad primarias
Naturaleza de los vínculos	Mecánica, compulsiva, jerárquica.	Orgánica
Facultades humanas desplegadas	Inteligencia y razón instrumental, control del afecto	Sensibilidad y razón, senti-pensamiento, sabiduría
Formas lingüísticas dominantes	Imperativo, orden.	Pregunta, admiración, sorpresa, coloquial, horizontal
Modos de existencia	Ser	Estar, vivir, convivir, existir
Tipos de saberes	Científico-tecnológicos-instrumentales	Saberes condensados como sapiencia y sabiduría
Motivos predominantes	Interés	Afecto
Modos de organización	Piramidal, molar, arborescente, subordinación en redes	Horizontal, molecular, rizomático, tramas
Tipos de ética	Ética y justicia abstractas e impersonales	Ética del cuidado y de la benevolencia
Edad predominante	Centrada en el adulto	Centrada en todas las edades

Orientación astronómica	solar	lunar
Género dominante	Hombre con mujeres subordinadas.	Mujer como centro y equilibrio relativo de género
Modalidad del ser-vivir	<i>Homo Faber</i>	<i>Homo-femina ludens</i>
Tiempos y ritmos	Lineal, estandarizados	<i>Circular (p.e. fiestas), sorpresivo</i>
Tonalidad de la vida	Seria, trágica	Leve, cómica, sapiente
Predominio de relaciones	Competitivas, individualistas	Cooperativas, solidarias
Actuación del individuo	Actor	Sujeto
Producción dominante	Poder, riqueza, imagen, saber tecno-científico	Vida
Representación del cuerpo	Corporación abstracta, pero personificada	Cuerpos tangibles
Libido típica	<i>Libido dominandi</i> (afán de dominar), <i>libido possidendi</i> (afán de atesorar), <i>libido figurandi</i> (obsesión por la proyección pública de la imagen y del propio discurso), <i>libido sciendi</i> (pasión por el saber)	<i>Libido amandi</i> , pasión por el amor y por la sabiduría de la vida
Rituales de congregación	Eliteloire, por ejemplo, Bayreuth como centro mítico – ritual wagneriano, <i>Gesamtkustwerkspiele</i> , juego de puesta en escena de todas las artes en el teatro	Folclore, fiesta, carnaval, performance de todas las artes y letras en la escena de la calles
Estilos de vida	Uniformados, reglamentados, controlados	Cohabitación, comensalidad, sexualidad, convivencia
Metáforas del hilado	Urdimbre	Trama
Dimensión dramática	Tragedia	Comedia, Carnaval <sup>a</sup>
Arquetipos	Quijote, Ayax, Edipo, Creonte	Sancho Panza
Pasión	Envidia como juego de suma cero y tragedia de los comunes	Envidia localizada pero controlada por benevolencia

Mito de Mitos	Midas convierte lo humano en cosa	Pigmalión convierte la naturaleza inanimada en naturaleza viva y en humanidad
Resolución frecuente de la pasión	Tanatos	Eros
Tipo de reacción que provoca el poder	resistencia	Disidencia
Tipos de intercambio económico	Intercambio desigual	Don, pago, devolución
Dimensión del individuo	Actor, vida pública	Persona y sujeto
Tipo de sexualidad	Falo-céntrica	Coquetería femenina, el contorno, tal como se muestra en la filmografía de Tinto Brass
División por género	Androcentrada	Centrada en la mujer
Expresión fílmica	Pornografía	Erotismo
Posición extrema de las parejas en la representación de la industria del sexo	Mujer arrodillada ante el falo	Hombre doblegado ante la coquetería de la mujer

<sup>3</sup> Como la elite padece la tragedia de modo excepcional, por ello su género dramático preferido es la tragedia; como el pueblo vive en tragedia casi durante todo tiempo, por ello mismo prefiere la comedia.



# A (con)formação de trabalhadores técnicos em saúde nos países do Mercosul: construção de novas sociabilidades?\*

Marcela Pronko

Ao longo das últimas quatro décadas, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai, os quatro países que deram origem ao Mercado Comum do Sul (Mercosul), passaram por processos chamados de “democratização”, após longos e cruentos regimes ditatoriais que desarticularam e sufocaram organizações e movimentos populares, os quais incluíam, nas suas pautas reivindicatórias, concepções de educação e de saúde universalizantes e, em alguns casos, emancipatórias. A “primavera democrática” que sucedeu a esses regimes, em tempos diferentes e com diferentes graus de intensidade, recolocou essas concepções e reivindicações em novos contextos e sob novas determinações, definindo novos desafios para o campo popular.

O processo de neoliberalização (Harvey, 2005), que se institucionalizou, no início da década de 1990, como uma proposta de integração regional fortemente marcada pelos processos de desregulamentação econômica e liberalização comercial em curso, afetou de maneira particular cada um dos países do bloco. As particularidades históricas de cada país, ao lado das capacidades específicas de organização e contestação popular das políticas derivadas do processo de neoliberalização, determinaram a reconfiguração do espaço público de forma mais estreita ou mais ampliada, somando novas particularidades às assimetrias existentes entre esses países. Entretanto, o processo de neoliberalização, entendido além das suas implicações econômicas, impulsionou processos de homogeneização não só das reformas da aparelhagem estatal, sobretudo no relacionado com as políticas sociais, mas também da construção de novas sociabilidades, traduzidas em formas específicas de “ser e estar no mundo” (Martins, 2009).

As políticas de educação e de saúde foram particularmente reconfiguradas nesse contexto, tensionando, de forma contraditória, heranças históricas

---

\*Agradeço as observações de Anakeila Stauffer, que colaborou com as reflexões aqui contidas.

com receitas homogeneizantes para fazer frente aos “desafios da globalização”. Se, nesse quadro, as formas de organizar a educação e a saúde nacionais foram redefinidas, a análise da formação de uma parcela específica da força de trabalho em saúde, a dos trabalhadores técnicos, pode revelar tensões e contradições importantes para refletirmos sobre as implicações concretas desses processos.

A problemática da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, considerada no âmbito dos processos de integração regional, condensa elementos-chave no que diz respeito à regulação das relações de trabalho e às políticas de educação, relacionando-se, diretamente, com os princípios e as características das políticas nacionais e regionais de saúde. Nesse contexto, as políticas públicas dos países-membros do Mercosul para a formação de trabalhadores da saúde confrontam-se com as demandas e os entraves, não apenas de cada contexto nacional específico, como também do próprio processo de integração supranacional. Os diferentes ritmos de avanço e as distintas ênfases das negociações rumo à definição de diretrizes políticas comuns em cada uma dessas áreas – trabalho, educação e saúde – colocam exigências e desafios novos para se pensarem estratégias regionais sobre o tema.

Como ponto de partida para a discussão e o conhecimento sobre os trabalhadores técnicos em saúde na região, constata-se que não há uma definição unívoca na região do significado das expressões “trabalhadores técnicos em saúde” e “profissionais técnicos em saúde”. Essa “indefinição” relaciona-se não apenas com alguma especificidade que essas denominações apresentam, mas se deve, primordialmente, ao fato de que o caráter de “técnico” e de “profissional” está ligado tanto ao desenvolvimento histórico dos sistemas educacionais nacionais quanto ao aspecto particular que assume, em cada caso, o trabalho em saúde. Mesmo representando a fração mais significativa do pessoal envolvido nos serviços de saúde, verifica-se, entre os países-membros do Mercosul, enorme diversidade no que diz respeito a formação, certificação, regulação e regulamentação do exercício profissional desses trabalhadores. Da mesma forma, percebe-se um desconhecimento sobre quem são, o que fazem e onde estão alocados esses trabalhadores, configurando certa invisibilidade da categoria (“Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul”, 2009). Embora sejam trabalhadores que se encontram em maior número nos sistemas de saúde e que estão na linha de frente no atendimento mais direto à população, a falta de reconhecimento profissional, e seu próprio processo formativo, os torna invisíveis.

Almejando contribuir para a discussão acima delineada, entre março de 2007 e maio de 2009, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) coordenou a pesquisa “A educação profissional em saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde”,<sup>1</sup> com o objetivo de conhecer e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de educação profissional em saúde no Brasil, aproximando-a das características dessa mesma formação nos demais países do Mercosul, em face dos desafios nacionais e internacionais da gestão do trabalho e da educação em saúde, visando subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde e de cooperação internacional entre os países do referido bloco sub-regional. As informações colhidas e as análises realizadas permitiram a realização, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), do “Primeiro Seminário Internacional Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Brasil e no Mercosul”, em 2008, durante o qual foi elaborado e aprovado o “Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul”, que constitui um relevante registro das principais questões abordadas e dos encaminhamentos necessários para o tratamento do tema em âmbito regional.<sup>2</sup>

Dando prosseguimento aos encaminhamentos desse documento,<sup>3</sup> a EPSJV desenvolveu, entre 2011 e 2013, o projeto de pesquisa intitulado “A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional”,<sup>4</sup> com o objetivo de identificar e analisar a oferta quantitativa e qualitativa de formação de trabalhadores técnicos em saúde na Argentina, Paraguai e Uruguai, de forma convergente com os dados e as análises já produzidas para o Brasil, a fim de subsidiar políticas de organização e fortalecimento de sistemas de saúde, de educação e de cooperação internacional entre os países do referido bloco sub-regional, garantindo a comparabilidade dos estudos nacionais e respeitando

---

<sup>1</sup> Pesquisa financiada com recursos do CNPq/MS, da própria EPSJV e do TC-41 (Opas/OMS e Ministério da Saúde).

<sup>2</sup> As contribuições do seminário internacional, incluindo o Documento de Manguinhos, estão publicadas em Pronko e Corbo, 2009.

<sup>3</sup> “Fomentar e desenvolver estudos de abrangência regional, de caráter comparado e preferencialmente interinstitucional que permitam aprofundar o conhecimento sobre as características quantitativas e qualitativas da formação dos trabalhadores técnicos em saúde, sua certificação, a regulação e regulamentação do seu exercício profissional, sua inserção no processo de trabalho e no mercado de trabalho, assim como as condições e características da sua circulação em âmbito nacional e regional.” (Pronko e Corbo, 2009, p. 256)

<sup>4</sup> Pesquisa financiada com recursos da Opas/MS no âmbito do Observatório dos Trabalhadores Técnicos em Saúde da EPSJV/Fiocruz, e do TC-41 (Opas/OMS e Ministério da Saúde).

as especificidades de cada país. Tratou-se de uma pesquisa multicêntrica, de caráter interinstitucional, desenvolvida por equipes locais, coordenadas por instituições estratégicas de pesquisa na Argentina (Instituto de Investigación en Salud Pública/Universidad de Buenos Aires), no Paraguai (Instituto Nacional de Salud/Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) e no Uruguai (Escuela Universitaria de Tecnologías Médicas/Universidad de La República), que realizaram o levantamento e a análise das informações de base nacional sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde nos respectivos países, sob a coordenação geral da equipe da EPSJV, com a finalidade de construir um diagnóstico regional acerca da formação oferecida. No âmbito desse projeto, foi realizado, em novembro de 2012, o II Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul,<sup>5</sup> que aprovou, por sua vez, o “Segundo Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul”, atualizando os desafios regionais específicos, a partir de um balanço dos quatro anos decorridos desde o primeiro documento.

Os resultados preliminares dessas pesquisas constituem o embasamento empírico para as reflexões apresentadas neste artigo, que assumem, portanto, também, um caráter preliminar.

### **Instituições formadoras: concentração geográfica e gestão privada**

Ao elaborar um mapa das instituições formadoras de trabalhadores técnicos em saúde nos países que compõem o Mercosul, duas tendências se verificam de forma clara, embora com diversos graus de aprofundamento: a concentração geográfica da oferta nos grandes centros metropolitanos e a preeminência da oferta privada de formação.

Nos quatro países que fizeram parte da configuração originária do Mercosul, verifica-se enorme concentração de instituições formadoras nos grandes centros metropolitanos nacionais, com particular destaque para as capitais, nos casos do Uruguai, Paraguai e Argentina, com exceção do Brasil, que concentra suas instituições na região Sudeste, área de maior dinamismo econômico nacional. Segundo dados coletados pelas duas pesquisas acima mencionadas, no Brasil, em 2007, 75% das instituições de formação de trabalhadores técnicos em saúde se concentravam nas regiões Sul e Sudeste, sendo que só a região Sudeste concentrava 56% das mesmas. Na Argentina, a região central do país concentrava, em 2011,

---

<sup>5</sup> As contribuições do II Seminário serão divulgadas em Corbo e Stauffer, prelo.

64% das instituições formadoras, situando-se 43% do total delas na província de Buenos Aires e na Cidade Autônoma de Buenos Aires. No Uruguai, no mesmo ano, a quase totalidade da formação era oferecida em Montevideu, sede principal da Universidade da República, responsável pela quase totalidade da oferta de formação para esses trabalhadores. No caso do Paraguai, dados preliminares de 2010 confirmam a mesma tendência, verificando-se grande concentração de instituições em Assunção e nos estados (departamentos) circundantes.

Embora essa tendência acompanhe o processo de urbanização e concentração urbana das populações nacionais, intensificada sobretudo na segunda metade do século XX, ela reflete também profundas desigualdades regionais no interior de cada país, marcada, entre outras coisas, pela desigualdade de distribuição de estabelecimentos de ensino e de cobertura dos sistemas de saúde. No Brasil, por exemplo, a correlação entre a proporção de instituições formadoras e o desenvolvimento do mercado de trabalho em saúde é bastante estreita: em 2005, a região Sudeste detinha 47,2% dos empregos em saúde do país (Pronko et al., 2011). Se considerarmos esses elementos à luz da expansão do setor privado, tanto na educação quanto na saúde, vivenciada de forma diferenciada por cada um desses setores dentro de cada país, novas configurações são definidas.

Com exceção do Uruguai, os outros três países que conformam o bloco apresentam clara preeminência do setor privado na caracterização da oferta de formação de trabalhadores técnicos em saúde. Na Argentina, 66% das instituições formadoras são privadas; no Brasil, esse número corresponde a 87%; e, no Paraguai, dados preliminares indicam que em torno de 95% das instituições de formação também são privadas. Os dados levantados mostram ainda que, nesses três países, boa parte das instituições formadoras foi criada recentemente, com particular destaque para as décadas de 1990 e 2000. A proliferação de novas instituições de gestão privada faz parte do movimento de reforma do Estado impulsionado pelos receituários governamentais neoliberais e do fomento à constituição de “mercados de formação”, que afetaram particularmente o ensino técnico, com base em processos de desvinculação desse ramo do ensino dos sistemas educativos regulares e do ensino superior na região, que incidiu de forma variável sobre cada um dos países em tela, de acordo com as tradições nacionais de formação e a capacidade de mobilização e resistência que as populações desses países foram capazes de opor a esse processo. Embora a pesquisa tenha se restringido a observar os processos de formação dos trabalhadores técnicos em saúde, pode-se afirmar que a cons-

tituição de “mercados de formação” foi correlata à extensão de “mercados de saúde” que se desenvolveram de forma desigual em cada um dos espaços nacionais, inclusive naqueles onde a definição de sistemas públicos universais de saúde pautou a atuação dos setores empresariais. Mesmo no Uruguai, onde a educação pública constitui uma tradição e uma conquista muito cara ao conjunto da população, verifica-se, nos últimos anos, uma tendência crescente de criação de novas instituições formadoras no setor privado, inclusive no nível superior de educação.

O fato de a maior parte da formação se desenvolver em instituições privadas incide de forma direta sobre o tipo de trabalhador a ser formado. Formar os trabalhadores para o “mercado de trabalho” tem gerado um retorno a uma formação mais instrumental, tecnicista, na qual o processo educativo se reduz à aquisição de um conhecimento prático, adaptando o trabalhador às condições de sociabilidade capitalista existentes. Nesse sentido, o processo educativo, orientado pela pedagogia das competências, deve desenvolver valores como eficiência e eficácia, organizando as atividades de forma padronizada. A “boa formação” é compreendida como aquela capaz de formar um trabalhador “polivalente, multiquilificado, apto a lidar com situações inesperadas, que saiba trabalhar em equipe” (Pronko et al., 2011, p. 143). Apesar do discurso dito mais socializante – visto que o “novo trabalhador” deve saber trabalhar com seus pares –, a dimensão coletiva é esvaziada, pois as relações de trabalho se dão de forma isolada entre ele e a empresa, sem a mediação e a força da organização coletiva.

O “novo trabalhador”, do ponto de vista da concepção neoliberal dominante nestes países, aponta para um sujeito alienado da responsabilidade coletiva, da compreensão de seu papel social, mas que deve saber desempenhar bem sua função de forma individualizada e flexível. O encurtamento do horizonte dessa formação aos estritos limites fixados pelo “mercado de trabalho” constitui, assim, uma tendência convergente verificada pelo trabalho de pesquisa.

## **A definição da oferta de formação: a onipresença do mercado de trabalho**

Nos três países que participaram de todas as fases da pesquisa (Brasil, Argentina e Uruguai), foi indagado aos dirigentes institucionais pertencentes às instituições tanto públicas quanto privadas sobre o que define a oferta de formação, e verificou-se em todos os casos que a oferta se encontra fortemente estruturada pela demanda e pela lógica do mercado de trabalho.

Essa determinação incide tanto na definição dos cursos a serem oferecidos quanto nas características do trabalhador a ser formado. No que diz respeito aos cursos oferecidos, a opção se concentra naquelas habilitações mais demandadas pelo mercado de trabalho (particularmente enfermagem) tanto no setor público quanto no privado. Embora a formação de trabalhadores técnicos de enfermagem, por exemplo, possa ser explicada pela composição típica das equipes de saúde, também se pode levantar a hipótese de que a preeminência dessa formação está associada à baixa complexidade tecnológica do processo formativo – o que implica, para as instituições de formação privadas, menor custo da formação (ou, em outros termos, maiores possibilidades de lucro).

A lógica do mercado, duplamente representada pelo “mercado de formação” e pelo “mercado de trabalho” na definição da oferta de cursos, configura o descompasso verificado em todos os países entre a oferta de formação assim definida e as necessidades dos serviços de saúde. Entretanto, esse descompasso vai muito além da correlação numérica entre trabalhadores formados e disponíveis. Os dados das pesquisas mostram uma distância importante das instituições de formação em relação às políticas de educação e de saúde que balizam o seu funcionamento, restringindo-se ao cumprimento das normas, sem participação efetiva na definição dos seus conteúdos. Nessa perspectiva, em muitos casos, a formação se afasta ou ignora as diretrizes que orientam os sistemas públicos de saúde, reduzindo o trabalho técnico ao seu caráter meramente instrumental (“Segundo Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul”, 2012).

As entrevistas realizadas com docentes e dirigentes das instituições formadoras dos diversos países revelam alguns exemplos. A inserção do futuro trabalhador no sistema de saúde e no processo de trabalho encontra-se ausente na maior parte dos documentos pedagógicos e no discurso dos docentes dessas instituições. Na Argentina e no Brasil, por exemplo, a existência de um projeto político pedagógico da instituição (ou de um projeto educativo institucional, de acordo com as denominações locais) parece tornar-se relevante somente como requisito formal para o funcionamento das instituições formadoras. Os próprios docentes e dirigentes dessas instituições reconhecem a distância existente entre o “que se diz” e o “que se faz”, indicando aspectos presentes nos documentos, mas ausentes nas práticas cotidianas de ensino-aprendizagem. Ao mesmo tempo, verifica-se, de maneira geral em todos os países, que não há políticas claras de formação de docentes para a formação de técnicos. A demanda existente se volta mais

para as necessidades técnicas específicas do que para as dimensões pedagógicas do processo de formação.

Tudo isso se traduz, de forma concreta, nas características do trabalhador a ser formado. Desse ponto de vista, embora pareça existir nas instituições formadoras uma tensão entre formação instrumental e formação integral, relacionada à tensão entre teoria e prática no processo formativo, os métodos de ensino-aprendizagem declarados, assim como o perfil do trabalhador em formação parecem indicar ainda uma concepção de trabalho técnico em saúde, predominante na região, muito ligada à técnica e ao “fazer”, sem apropriação dos fundamentos científicos e sociais.

### **Perfil do trabalhador: a construção de novas sociabilidades?**

Historicamente, a formação de trabalhadores técnicos em saúde surge como necessidade da crescente estruturação dos serviços em saúde, iniciando-se como uma formação estreitamente vinculada ao serviço e geralmente realizada nele, sustentada em um alto grau de instrumentalidade (formação orientada pela demanda, enfatizando o caráter técnico-instrumental, com pouca reflexão pedagógica). A complexidade progressiva do trabalho em saúde, configurado como trabalho heterogêneo e hierarquicamente fragmentado, passa a colocar uma também crescente exigência de escolarização prévia ou concomitante ao processo formativo específico, favorecendo uma integração cada vez maior desse tipo de formação com o sistema educativo formal, o que derivou numa dupla regulação para esses trabalhadores: a regulação da formação (geralmente assumida pelos ministérios de educação ou instâncias jurisdicionais equivalentes) e a regulação do trabalho (exercida de forma variável em cada país pelos ministérios de saúde ou instâncias jurisdicionais equivalentes, pelas corporações profissionais, segundo hierarquizações próprias derivadas da conformação dos processos de trabalho, ou por formas mistas de regulação). Entretanto, esses âmbitos de regulação com lógicas próprias, não necessariamente convergentes, configuram importantes descompassos entre formação e processo de trabalho.

Nas últimas décadas, cada um desses espaços de regulação que correspondem às políticas públicas de educação, trabalho e saúde foi afetado, de forma particular em cada caso, por amplos processos de desregulamentação que “flexibilizaram” a formação, a inserção laboral e a própria natureza da atenção em saúde. Às formas historicamente instrumentais de formação de trabalhadores técnicos em saúde sobrepôs-se, contemporaneamente, em um plano

mais geral, um encurtamento do horizonte de formação de modo a torná-lo cada vez mais restrito às “necessidades” do mercado de trabalho. Assim, uma nova sociabilidade se calça sobre a anterior, reforçando aqueles aspectos que reduzem a formação do trabalhador técnico em saúde a um “saber fazer”, porém um saber fazer sem fundamentos científicos e políticos, que encurtam sua capacidade de agir e (con)formam esses trabalhadores nos moldes da “empregabilidade”, do “empreendedorismo” e da “colaboração”, como novos valores ordenadores da sociedade contemporânea (Neves, 2005).

Em síntese, que trabalhadores formamos para qual sistema de saúde? A análise das formas específicas que assume a formação de trabalhadores técnicos em saúde nos leva a verificar a existência de um mercado de formação adaptado ao setor saúde no qual se observa a predominância de um modelo baseado na pedagogia das competências (Ramos, 2006) e voltado para o mercado de trabalho, e que se distancia, assim, de uma perspectiva de formação integral desses trabalhadores. Nesse lineamento, há o comprometimento de uma apropriação integral não só das técnicas necessárias ao trabalho em saúde, apresentadas de forma descolada de seus fundamentos científicos e sociais, como também o desenvolvimento de um olhar crítico e reflexivo sobre o seu fazer social, sua inserção nos sistemas públicos de saúde, e as determinações sociais da sua atuação profissional.

Adicionalmente, verificamos que, de uma maneira geral, esse modelo de formação se distancia também das políticas públicas de saúde na perspectiva de uma atenção integral, na medida em que uma formação de base instrumental e pautada no modelo biomédico serve principalmente aos interesses do modelo hospitalar de atenção, não respondendo às necessidades de saúde da população em seu conjunto. Além disso, a análise indica que a lógica que impera nas instituições formadoras tanto públicas quanto privadas é predominantemente mercadológica na definição da oferta e do modelo de formação. Não só na formação dos trabalhadores técnicos em saúde, mas também nos próprios serviços de saúde predomina uma lógica privatizante, que tende a fragmentar, ao mesmo tempo, a formação do trabalhador e a atenção do usuário.<sup>6</sup> Nesse sentido, e considerando o panorama atual, podemos afirmar que os desafios nacionais e internacionais da formação de trabalhadores técnicos em saúde na perspectiva da educação integral estão longe de ser superados.

Frente a esse panorama, cabe-nos reafirmar, como fizéramos no II Seminário Internacional sobre a Formação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde no

---

<sup>6</sup> Compreendido, em muitos casos, como “o cliente”.

Mercosul, “a defesa do caráter integrado e integral de qualquer projeto público que tenda a articular organicamente a formação de trabalhadores técnicos em saúde em nível regional, desde o nível médio ao superior de educação, que incorpore tanto os fundamentos científico-sociais da sua atividade quanto os pressupostos e problemáticas que orientam a organização dos sistemas públicos de saúde da região” (“Segundo Documento de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul”, 2012).

## Referências bibliográficas

CORBO, Ana Maria; STAUFFER, Anakeila (org.). *Os desafios da integração regional para os trabalhadores técnicos em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (No prelo).

DOCUMENTO de Manguinhos sobre a Formação de Trabalhadores Técnicos em Saúde no Mercosul. In: PRONKO, Marcela; CORBO, Ana Maria (org.) *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 254-257.

HARVEY, David. *O neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2008.

MARTINS, André Silva. Sociabilidade neoliberal. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p. 364-369.

NEVES, Lúcia Maria Wanderley (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.

PRONKO, Marcela (coord.). *A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013. (Mimeo).

\_\_\_\_\_; CORBO, Ana Maria. *A silhueta do invisível: a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

\_\_\_\_\_ et al. *A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

RAMOS, Marise. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2006.

SEGUNDO documento de Manguinhos sobre a formação de trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2012. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/doc\\_manguinhos\\_port.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/doc/doc_manguinhos_port.pdf). Acesso em: 23 jul. 2013.

# Notas críticas sobre democracia, socialismo e emancipação

José Victor Regadas Luiz  
Felipe Machado

O socialismo deve ser visto como parte de um movimento democrático que surgiu muito antes dele, mas que só através dele pode alcançar seu significado pleno.

*Ralph Miliband*

Há mais de duas décadas tornou-se comum a alegação nos corredores acadêmicos, e em noticiários do mundo todo, de que a humanidade finalmente chegara ao “fim da história”, uma hipérbole, como bem apontou Perry Anderson (1992, p. 118), para o que seria o “fim do socialismo”. Com a queda do muro de Berlim e, logo em seguida, a ruína completa da União Soviética, ficou então evidente para pessoas de todos os credos políticos, gostassem ou não, o retumbante fracasso do socialismo e o triunfo irrefragável do capitalismo como modelo único de sociedade a ser seguido, para o bem ou para o mal. Os mais inconformados acudiram logo em esclarecer que o fracasso era apenas do chamado “socialismo real” e não do “verdadeiro socialismo”, embora com isso acabassem realçando ainda mais a derrota de seu projeto político, que assim, dito confessadamente, parecia que jamais estivera perto de se consumir, ao passo que o projeto adversário, a despeito de suas infindáveis crises, só fizera “progredir” desde a sua origem.

Obviamente – nunca é demais chamar a atenção para isto –, uma constatação como essa jamais poderia fazer-se passar por uma crítica séria ao socialismo sem pagar elevado tributo à leviandade, pois, interpretada assim em sentido normativo, ela sofre de uma grave carência de perspectiva histórica; afinal, embora tudo o que existe hoje seja fruto inquestionável

do passado, nem tudo o que foi possível no passado existe hoje. As batatas sempre ficam com os vencedores.<sup>1</sup> Daí a necessidade, segundo Walter Benjamin (1994), de se escovar a história a contrapelo, a fim de arrancar a tradição ao conformismo que dela quer se apossar. Se quisermos “despertar no passado a centelha da esperança”, devemos começar, pois, por reconhecer que “também os mortos não estarão em segurança se o inimigo vencer” e esse inimigo, mais do que nunca, “não tem cessado de vencer”, a ponto de qualquer perspectiva de realização de um projeto revolucionário parecer estar infinitamente distante do atual horizonte histórico, da mesma forma como todo pensamento que tinha por objetivo a sua realização se encontra relegado ao mais abissal ostracismo.

### Democracia ou revolução?

O próprio conceito de revolução, tal como nos habituamos a pensar desde a Revolução Francesa, isto é, como uma ação política radicalmente transformadora fundada na vontade do povo, aparentemente perdeu muito de seu sentido prático. Ao menos é o que vem sendo alardeado reiteradamente nesses últimos tempos, à direita e à esquerda, e também por aqueles que dizem que pensar em esquerda e direita já não faz o menor sentido (e que nas últimas décadas formaram uma legião de seguidores). Apenas para nos concentrarmos em um dos inúmeros exemplos disponíveis, significativamente proveniente da tradição do pensamento crítico de esquerda, Jürgen Habermas (1997), ao discorrer sobre a atualidade da Revolução Francesa num evento comemorativo de seu bicentenário, afirma que, dentre as principais dimensões de mudança de mentalidade por ela provocada – a saber: 1) de uma nova consciência do tempo, que se erigira contra a tradição; 2) de um novo conceito de prática política, fundada no princípio de soberania como autodeterminação do povo; e 3) de uma nova ideia de legitimidade, baseada no discurso legal e racional –, somente essa última, incorporada no Estado democrático de direito, teria resistido após os duzentos anos transcorridos entre a Queda da Bastilha e a do muro de Berlim. Se a descrição de Habermas, contudo, parece ser precisa – a possibilidade de transformar o mundo mediante uma revolução social parece ser hoje remota –, discordamos da perspectiva

---

<sup>1</sup> Menção à frase “ao vencedor às batatas” com que resume toda a sua filosofia, o humanismo – espécie de paródia do darwinismo social –, o personagem Quincas Borbas, dos romances *Memórias póstumas de Brás Cubas* e *Quincas Borbas*, do escritor brasileiro Machado de Assis (1839-1908).

evolutiva quanto ao processo que levou à obsolescência das duas primeiras dimensões e ao fortalecimento da terceira.

Embora Habermas nitidamente estivesse se referindo ao colapso dos regimes socialistas então em pleno curso, ele não aborda essa questão em termos de um confronto entre socialismo e capitalismo – o que talvez o levasse a admitir que, enquanto aquelas duas primeiras dimensões formavam a principal plataforma de luta pelo socialismo (o que não significa, é claro, que a burguesia não tenha se valido delas com igual ou maior sucesso), essa última constituiu o principal recurso de legitimação política do regime capitalista (embora, incontestavelmente, todas as grandes conquistas alcançadas nesse âmbito, como o sufrágio universal, sejam resultado da luta, não raro encarniçada, de movimentos operários e partidos de esquerda). Em vez disso, ele prefere tratar a questão em termos de uma oposição entre um projeto de “democracia radical” (tal como atribui a Marx, a seu ver, de um modo demasiadamente substancial) e um projeto de “democracia procedimental” (como defende na forma de uma “ampliação da esfera pública discursiva”), em que esse último teria superado terminantemente o primeiro. Assim, onde Marx percebeu o princípio inacabado da emancipação humana (a revolução política burguesa), Habermas percebe o primeiro passo de uma longa “revolução legal e permanente” que (não obstante a lastimável colonização dos “interesses econômicos” sobre “o mundo da vida”, como ele não se cansa de denunciar) não tem cessado de progredir rumo ao aperfeiçoamento da democracia. O herdeiro da tradição revolucionária inaugurada em 1789 não seria mais a “revolução do futuro” que deveria originar a sociedade socialista, mas sim uma versão pasteurizada da própria “revolução do passado”, que abriu caminho para o desenvolvimento da sociedade capitalista.

O Estado democrático de direito é apresentado, desse modo, como “o único candidato” ainda capaz de reivindicar a herança da grande Revolução Francesa no atual momento de desenvolvimento da sociedade capitalista. As demais dimensões (de ruptura com a tradição e de soberania como autodeterminação do povo), por sua vez, estariam significativamente alteradas ou claramente enfraquecidas.<sup>2</sup> Dois séculos após a deflagração da Revolução Francesa,

---

<sup>2</sup> Por um lado, diz Habermas, a própria noção de ruptura se banalizou ao se perenizar (hoje ela só encontraria eco no campo da estética); por outro, a noção de povo e classe como algo unitário e homogêneo tornou-se obsoleta. O próprio avanço do Estado democrático de direito teria, de acordo com ele, provocado uma salutar mudança na própria perspectiva de soberania popular, vista agora não mais como a “produção sublime” da “intervenção teoricamente informada” de “revolucionários profissionais”, mas como “um projeto revolucionário que ultrapassa a própria revolução” (1997, p. 258). Essa ideia seria expressa da seguinte maneira

Habermas indica que a sociedade capitalista tornou-se tão impermeável a qualquer tentativa radical de transformação, que parece preferir, assim, na ausência de alternativas concretas de revolução social, chamar de revolucionário o próprio desenvolvimento dessa sociedade (ou o que supõe que poderia sê-lo idealmente – cidadãos politicamente ativos e conscientes vivendo num estado de plena liberdade de expressão em condições sociais isentas de sérios problemas de desigualdade – ideal esse que, contraditoriamente, só poderia ser alcançado fora do paradigma procedimental, que pressupõe uma ordem constituída, pela via de uma ação política radical, portadora de um novo poder constituinte). A solução formalista-racional encontrada na “esfera pública discursiva” em oposição ao “concretismo” de todo projeto democrático radical expressaria, nesse sentido, uma grave relutância em admitir abertamente o verdadeiro conteúdo oculto sob a face progressista do Estado democrático de direito atual: o fato de que o capitalismo triunfa quase inabalável, *as good as it gets*, de um modo tal que hoje não restaria muito aos filósofos senão a inglória tarefa de somente interpretar o mundo, quando há algum tempo atrás talvez lhes fosse ainda permitido tentar transformá-lo.<sup>3</sup>

Evidentemente, não é o caso de se discutir aqui a compreensão de Habermas acerca do que ele supõe (ou propõe) que seja um Estado democrático de direito baseado no paradigma procedimental, mas sim constatar, a partir de um dos muitos exemplos possíveis, como o debate em torno da democracia, mesmo num autor tão engajado e comprometido com a tradição política de esquerda, não apenas se esquia de lidar abertamente com a questão do socialismo, como a descarta de antemão como um projeto político superado, filho renegado da modernidade que somente reconhece como o seu único herdeiro o Estado representativo de direito burguês (em sua versão, digamos, um pouco mais “participativa”). Acreditamos que o pensamento de Habermas seja um dos muitos exemplos de como o debate recente acerca da democracia tem se restringido aos limites do Estado representativo constitucional existente – diga-se, liberal –, ainda que a perspectiva seja sempre a de aperfeiçoamento

---

por Habermas: “O Estado democrático de direito transforma-se num projeto, resultado e, ao mesmo tempo, mola de uma racionalização do mundo da vida, a qual ultrapassa as fronteiras do político. O único conteúdo do projeto é a institucionalização progressivamente melhorada dos processos de formação racional e coletiva da vontade, os quais não podem prejudicar os objetivos concretos dos participantes” (1997, p. 276).

<sup>3</sup> Restrição que o próprio Habermas (1989) não vê como um problema, como veremos adiante, mas antes como um bom sinal dos tempos, quando a filosofia não mais se apresenta como uma “indicadora de lugar”, tal como na tradição da filosofia da consciência, mas como uma “guardiã de lugar e como intérprete”.

contínuo da democracia e de expansão dos direitos. Essa perspectiva se apoia na crença no potencial emancipador de um certo “liberalismo ético” que, apostando na liberdade individual, garantida pela via jurídica da igualdade formal, princípio do Estado de direito moderno, seria capaz de subordinar ou regular o “liberalismo econômico”, que pressupõe e estimula a desigualdade entre os indivíduos por meio dos mecanismos “impessoais” do mercado.

O próprio Habermas recomendaria ao socialismo, no mundo contemporâneo, que se conformasse com o abandono de sua antiga pretensão de se realizar, para se assumir de vez como um “discurso crítico em exílio”, isto é, um discurso de caráter eminentemente ético, tendo em vista apenas a correção da atual sociedade. É nesse sentido que ele não apenas constata, mas chega mesmo a celebrar o desgaste do maior patrimônio que a Revolução Francesa legou à tradição política de esquerda: a ideia de *democracia radical*. Segundo ele, uma vez que a própria noção de vontade popular – tal como, a seu ver, definida de forma demasiadamente substantiva pelas vanguardas de esquerda, como “uma figura historicamente privilegiada, dotada de eticidade concreta, e não como um conjunto de condições necessárias para formas de vida emancipadas” (Habermas, 1997, p. 265) – não estaria mais apta a dar conta da imensa heterogeneidade das vontades particulares individuais, também a ação política dessas vanguardas se veria comprometida, pois não faria mais sentido pensar em emancipação como uma “produção sublime”, fruto da “intervenção teoricamente informada” de alguns poucos sujeitos revolucionários (Habermas, 1997, p. 258). E aqui não parece ser apenas a ação de uma vanguarda política composta por revolucionários à moda dos reis-filósofos de Platão que estaria em risco. É a própria ideia de revolução que se vê ameaçada. O declínio da filosofia da consciência (Habermas “salva” a teoria do conhecimento de Kant, adequando-a a uma “esfera pública discursiva”) corresponderia, assim, à pulverização de toda ação política que pressupõe uma determinada ideia de verdade (seja ela expressão da vontade popular, ou do interesse de classe) capaz de fornecer os meios necessários à subversão da ordem social em sua totalidade. Resulta daí que a noção de uma emancipação geral, sem a qual toda emancipação particular seria parcial ou ilusória, tem sido progressivamente abandonada junto com a ideia de totalidade, sobretudo a de certa noção de totalidade, cara à tradição marxista que vincula democracia à revolução social.

A separação dessas duas ideias tem sido uma máxima recorrente do pensamento político recente. François Furet (2001, p. 122), historiador liberal mais próximo da direita conservadora, comentaria, também por ocasião

do bicentenário de 1789, e de modo muito semelhante a Habermas, que “o crepúsculo da ideia revolucionária está ligado ao triunfo da ideia democrática” (2001, p. 122). Parece mais justo e correto, porém, atribuir esse “crepúsculo da ideia revolucionária”, não exatamente ao “triunfo da ideia democrática”, mas ao triunfo do capitalismo, que, sob a capa democrática, tem se apresentado como um sistema imune a revoluções. Essa ressalva, no entanto, esvazia-se na medida em que, para esses autores, o desenvolvimento do capitalismo parece coincidir em linhas gerais com o próprio avanço das instituições democráticas. Conforme Furet, que é mais enfático nesse sentido,

[...] o fim do comunismo, ou o fim de seu poder sobre os espíritos, é uma outra maneira de dizermos que o capitalismo e a democracia, as duas figuras-chave da modernidade, foram e continuam sendo os produtos de uma mesma dinâmica. Aquela que ainda estamos, até mais do que nunca, e em relação à qual o sonho de recomeçar uma nova tabula rasa, para enfim realizar a história, aparece doravante como uma ilusão mortal para a liberdade. (2001, p. 140)

Curiosamente, o fim desse “sonho de recomeçar uma nova tabula rasa”, isto é, a extinção de toda e qualquer hipótese de revolução, é tido como a realização da maior de todas elas. Se, por um lado, Habermas sugere a perda da atualidade da Revolução Francesa no que diz respeito à ruptura com a tradição e à ação política fundada na autodeterminação do povo, por outro, ele salienta, como vimos, o vigor da legitimidade racional que faz do Estado democrático de direito o “único candidato” capaz de suscitar o avanço de uma “revolução permanente” como “institucionalização progressivamente melhorada dos processos de formação racional e coletiva da vontade, os quais não podem prejudicar os objetivos concretos dos participantes” (1997, p. 276). De acordo com Furet, por seu turno, o comunismo, uma vez exposto à “impiedosa sanção da realidade”, foi forçado a reconhecer o caráter insuperável da Revolução Francesa. Para ele, “a verdadeira ruptura, a única, fundadora do mundo moderno em que ainda vivemos é 1789 e não 1917” (2001, p. 120). Assim, “a revolução está mais viva que nunca por sua mensagem democrática, e morta, ao contrário, como uma modalidade privilegiada de mudança” (2001, p. 117), uma vez que “nenhuma das ideias leninistas sobreviveu ao teste da experiência, e a rejeição maciça de que são objeto por parte dos povos não parece senão um retorno puro e simples aos princípios de 1789” (2001, p. 125).

Em ambas as visões, está descartada a concepção marxista de que a Revolução Francesa teria sido apenas o prelúdio (político) de uma revolução

necessária (social). Marx imaginava que a revolução socialista, embora repleta de recuos, como se voltasse sempre ao que parecia já resolvido para começar de novo, chegaria a um ponto tal em que não mais seria possível qualquer retrocesso.<sup>4</sup> O que Habermas e Furet afirmam é que essa concepção se tornou completamente insustentável. Segundo eles, a derrota do socialismo no final do século passado não deve mais ser percebida como um simples recuo; ela teria passado por um retrocesso definitivo e, em grande medida, determinado desde o início, não só devido às circunstâncias históricas que forçaram um desvio condenável, porém evitável, na rota do processo revolucionário, mas principalmente por conta das próprias inconsistências inerentes ao ideal revolucionário socialista. Nisso, aliás, os dois não estariam muito distantes de autores como Isaiah Berlin,<sup>5</sup> Hannah Arendt<sup>6</sup> e Karl Popper,<sup>7</sup> entre outros, para

<sup>4</sup> Outros marxistas, como Rosa Luxemburg ou Walter Benjamin, menos otimistas quanto à irresistível e inevitável marcha do socialismo, mas considerando-o uma saída necessária e fundamental para qualquer pretensão emancipatória humana, colocaram a alternativa mais sombria: socialismo ou barbárie.

<sup>5</sup> Isaiah Berlin (2006) atribuiria aos democratas radicais, como Rousseau e seus “seguidores”, a fórmula paradoxal do “despotismo esclarecido”, segundo a qual “a coerção pela razão não seria coerção”. “Este”, diz ele, “é um dos mais poderosos e perigosos argumentos em toda a história do pensamento humano”, que, “é evidente, é a grande justificação do despotismo de Estado advogado por Hegel e todos os seus seguidores, de Marx em diante”. “De Robespierre e Babeuf a Marx e Sorel, Lenin, Mussolini, Hitler e seus sucessores, este grotesco e arrepiante paradoxo, segundo o qual se diz ao homem que ser privado de sua liberdade é ter uma mais elevada e nobre liberdade, tem desempenhado um enorme papel nas grandes revoluções de nosso tempo. Por sua forma moderna, o autor de *Contrato social* certamente pode arrogar-se todo o crédito” (2006, p. 143).

<sup>6</sup> Hannah Arendt (1968), por sua vez, faz coro a Berlin, quando percebe na dialética hegeliano-marxista entre liberdade política e necessidade material “provavelmente o mais terrível e, humanamente falando [sic!], o mais insuportável paradoxo em todo corpo do pensamento moderno” (1968, p. 48). Segundo a filósofa, a política teria que guardar uma dignidade própria, independentemente das questões sociais. Daí seu elogio à Revolução Americana em detrimento da Revolução Francesa. Naquela, o problema enfrentado não seria de caráter social, mas, sobretudo, político; não diria respeito à estrutura da sociedade, mas à forma de governo; seu precursor não seria Rousseau, mas sim Montesquieu. Essa última, por sua vez, teria sido condenada ao terror, justamente porque irrompeu “sob as circunstâncias de pobreza do povo”, um “equivoco fatal”, “quase impossível de se evitar”, dado que “todas as tentativas para resolver a questão social com meios políticos levaram ao terror” (1968, p. 89). Para ela, o poder político teria que ser percebido como “um fim em si mesmo”. Qualquer tentativa de se questionar qual a sua finalidade “não faz muito sentido. A resposta será ou questionável – capacitar os homens a viverem juntos – ou perigosamente utópica – promover a felicidade, ou tornar realidade a sociedade sem classes ou algum outro ideal não político, que se for seriamente tentado só pode acabar em alguma forma de tirania” (2004, p. 128-129).

<sup>7</sup> Em seu livro *A miséria do historicismo*, Karl Popper atribui a Marx uma interpretação da história mecanicista e determinista, como se ela fosse regida por “leis de bronze”, mediante as quais, uma vez desvendadas, seria possível prever o futuro – o que, para ele, é uma contradição em termos em matéria de ciência, uma vez que a razão é, em princípio, falível, e o conhecimento científico, por conseguinte, falsificável. O dogmatismo que ele atribui a Marx (e não a uma ou outra corrente no interior do marxismo) levaria os seus seguidores a buscar a verdade frequentemente por meios violentos, não por meio do embate de ideias. Assim, o suposto historicismo de Marx redundaria, uma vez praticado, numa sociedade com fortes características tribais, uma

quem o empreendimento marxista estaria inexoravelmente condenado à degeneração, por conta de sua própria dinâmica. Dessa perspectiva, o movimento revolucionário socialista teria sido forçado a recuar ante a “magnitude infinita de seus próprios objetivos” (Marx, 1978, p. 332), não porque seu adversário agigantou-se de forma a parecer imbatível,<sup>8</sup> mas porque ele próprio, ao invés de cumprir o seu destino de coveiro do capitalismo, como anunciaram Marx e Engels no *Manifesto Comunista*, acabou por preparar a própria sepultura. Daí Furet afirmar que qualquer “reforma real do sistema comunista implica em sua abolição” (2001, p. 124), ao contrário do que ocorreria ao capitalismo, cuja dinâmica essencial estaria inscrita no potencial perene de seu aperfeiçoamento progressivo, graças à “invenção democrática” de que teria sido uma vez progenitor e, daí em diante, sequioso fiador.

Dessa forma, ganha força a percepção de que a democracia, a fim de ser plena e ilimitada, expandindo a conquista de novos direitos para além das presentes formas constituídas, deve não somente prescindir de caminhos revolucionários, mas evitá-los a todo custo, sob o risco de ela mesma se vilipendiar. O vínculo histórico seminal entre democracia e revolução tem sido cada vez mais relegado a um passado remoto – utópico e ao mesmo tempo perigoso – e, como consequência, lançado ao esquecimento e apagado de estatutos, programas, documentos, discursos e bandeiras de luta daqueles comprometidos com os ideais de emancipação social. A compreensão de uma “democracia sem limites” desatrelada da ideia de revolução social ajusta-se perfeitamente à crença

---

“sociedade fechada”, em que imperaria o desprezo pelas liberdades individuais. Essa é a tese por ele defendida em sua obra refundadora do liberalismo no século XX, *A sociedade aberta e seus inimigos*. Daí ele, ao buscar definir a democracia nesse livro, substituir a questão “quem deve governar?”, cara às correntes revolucionárias, pela questão “como podemos organizar as instituições políticas de modo a impedir que os governantes maus ou incompetentes causem um dano excessivo?”, o que equivale a se perguntar como tornar as instituições políticas de certo modo independentes das vontades dos grupos políticos em disputa, ou, ainda, como proteger as instituições políticas da luta de classes. Fica evidente aqui a rejeição de Popper à ideia de revolução, de forma que ele assim define a democracia como o “tipo de ordenamento político que pode ser substituído sem o uso da violência”, no qual “o governo pode ser eliminado, sem derramamento de sangue” (apud Losurdo, 2004, p. 270-271).

<sup>8</sup> Esta é a opinião, por exemplo, de Terry Eagleton, para quem “as mudanças que pareciam destiná-lo [o marxismo] ao esquecimento eram as mesmas que ele estava tratando de explicar. O marxismo não era supérfluo porque o sistema havia alterado suas posições; havia perdido prestígio porque o sistema era, mais intensamente ainda, o que havia sido antes. Havia mergulhado numa crise; e, acima de todos os outros, havia sido o marxismo que dera uma explicação de como essas crises vinham e iam. Assim, do ponto de vista do próprio marxismo, o que o fez parecer redundante foi exatamente o que confirmava sua relevância. A razão para lhe ter sido mostrada a porta não era que o sistema reformara a si mesmo, tornando supérflua a crítica socialista. Havia sido descartado por uma razão exatamente oposta a essa. O que levou a que muitos desistissem de uma mudança radical foi o fato de parecer difícil demais derrotar o sistema, e não que esse houvesse mudado suas posições” (2005, p. 70).

de que a democracia, em vez de estar intrinsecamente limitada pelas atuais condições históricas – e nos referimos aqui, sobretudo, à manutenção e à reprodução da sociedade capitalista de classes – é, ao contrário, e graças a essas mesmas condições, progressiva e infinitamente ilimitada.

## A “perfectabilidade infinita” da democracia capitalista

A percepção da democracia dissociada da noção de revolução não é mais do que um reflexo daquilo que Walter Benjamin fatalmente denunciaria como outra versão histórica dos vencedores. A ideia de um progresso ininterrupto no sentido da ampliação da democracia no interior da ordem mundana hoje existente, isto é, ainda nos limites da formação social capitalista, ou mesmo a ideia de que a ampliação da democracia vigente, isto é, em seus moldes liberais, possa levar, por si só, a uma alteração real e profunda de nossa sociedade, à realização do próprio ideal socialista, sem, contudo, ter de passar pela incômoda tarefa de uma revolução social, como que por um movimento de transformação e aperfeiçoamento inercial do capitalismo e da própria democracia liberal, essa ideia mesma, diria Benjamin, de um “processo sem limites”, de uma “perfectabilidade infinita do gênero humano” e de “um progresso da humanidade na história é inseparável da ideia de sua marcha no interior de um tempo vazio e homogêneo” (Benjamin, 1994, p. 229), cuja “armação teórica” não superaria a ingênua noção de um “procedimento aditivo” (Benjamin, 1994, p. 231), expressão do horror atribuído, igualmente, tanto à socialdemocracia quanto aos liberais burgueses, a toda transformação radical e a toda utopia realizável. Ora, afirmaria Terry Eagleton com muita perspicácia, “o utópico seriamente bizarro é o pragmático cabeça-dura que imagina o futuro como mais ou menos igual ao presente, somente um pouco mais variado” (2006, p. 464).

Em termos teóricos e práticos de política democrática, sobretudo após o fim da Segunda Guerra Mundial, pode-se dizer que essa ideia tem precedentes na própria noção de “democracia agregativa”, inspirada na obra de Joseph A. Schumpeter (1961), que rejeita uma política normativa baseada em conceitos como “bem comum” e “vontade geral”, em nome de uma política empírica, baseada no “autointeresse individual”, em que vigora o “pluralismo de interesses” contrário à mobilização popular em torno daqueles antigos ideais democráticos, como os de soberania e autodeterminação do povo, pois eles não mais seriam condizentes com nossa sociedade industrial de massa.

Um dos exemplos mais acabados dessa política radical em sua modalidade pós-moderna parece estar na proposta de Chantal Mouffe (2000 e 2005)

de uma “democracia radical”, ou “democracia agonística”. Apesar de sua crítica aos pressupostos liberal-pluralistas subjacentes à “democracia agregativa” evocar os aspectos antagônicos da vida política, ela alarga a dimensão do antagonismo a tal ponto que ele se dilui numa disputa infinita entre adversários, sem jamais pretender chegar a um termo.

O antagonismo de classe, nesse sentido, ao menos do ponto de vista marxista, isto é, da superação das contradições, é completamente rechaçado, sob o risco mesmo de causar a ruína da democracia. O modelo teórico defendido por ela é avesso, não só à abordagem kantiana de Habermas, que ela subscreve à proposta por uma “democracia deliberativa” (também oposta à “democracia agregativa”) – cuja deficiência estaria no postulado de uma “esfera pública onde o consenso racional poderia ser produzido”, o que seria fruto da incapacidade “de reconhecer a dimensão do antagonismo e seu caráter inerradicável que decorre do pluralismo de valores” (Mouffe, 2005, p. 19; ver também Mouffe, 2000) – como também, e sobretudo, à abordagem dialética de Marx, pois

[...] a natureza constitutiva do poder implica abandonar o ideal de uma sociedade democrática como a realização de perfeita harmonia ou transparência [isto é, uma sociedade sem classes]. O caráter democrático de uma sociedade só pode ser dado na hipótese em que nenhum ator social limitado [uma classe social específica] possa atribuir-se a representação da totalidade [possa se considerar “universal”] ou pretenda ter controle absoluto sobre a sua fundação [pretenda tomar o poder]. (Mouffe, 2005, p. 19)

Nada mais próximo da perspectiva pós-moderna defendida por Mouffe do que essa negação da totalidade sem a qual é impensável o lugar central que o antagonismo de classes possui na constituição das sociedades capitalistas. Como observou Eagleton acerca desse ponto: “o descrédito teórico da ideia de totalidade não surpreende numa época de derrota política para a esquerda”, afinal, essa mesma ideia “implica um sujeito para quem ela faça alguma diferença prática; mas esse mesmo sujeito foi rechaçado, incorporado, dispersado ou metamorfoseado em algo sem existência, por isso o conceito de totalidade tem grande chance de cair junto com ele” (Eagleton, 1998, p. 19).

Assim, prossegue Mouffe, é “este o verdadeiro sentido da tolerância liberal-democrática, que não requer condescendência para com ideias que opomos, ou indiferença diante de pontos de vista com os quais discordamos, mas sim que tratemos aqueles que os defendem como opositores legítimos”

(Mouffe, 2005, p. 20; ver também Mouffe, 1996, p. 175-176). Para sustentar seu argumento, ela recorre a Thomas Khun, afirmando que essa “tolerância” para com os adversários não dissolveria propriamente as diferenças, mas sim abriria um espaço para que elas brotassem de modo a provocar, ao longo do processo democrático, “uma espécie de conversão”, segundo a qual as ideias políticas ora dominantes aos poucos cederiam lugar a outras, à semelhança do que ocorreria com os paradigmas científicos. Chantal Mouffe não precisava chegar a uma analogia tão esotérica; bastava ter se reportado a J. Stuart Mill a fim de poder enaltecer o “pluralismo de valores” e a “tolerância liberal-democrática” para com o “opositor político” – enfim, a essa enfadonha controvérsia “concordo por um lado, discordo por outro” a que parece reduzir-se a “civilizada” política liberal. Esse sim seria, portanto, o verdadeiro sentido da “democracia agonística”, na qual “pactos certamente são também possíveis [...]”; mas deveriam ser vistos como interrupções temporárias de uma confrontação contínua” (Mouffe, 2005, p. 20). Ora, é justamente essa promessa de “confrontação contínua” sem que jamais se ouse interrompê-la, senão temporariamente, aquilo que constitui o maior de todos os pactos, que é a promessa de uma reconciliação perpétua. Žižek está certo: a verdade dessa obliteração da diferença é um tedioso, repetitivo e perverso mais do mesmo que serve de *container* para toda essa *multitude*; daí sufocar-se a ideia de um nexos antagônico radical que afeta todo o corpo social (2001, p. 238).

Nesse “tempo vazio e homogêneo” de eterno mais do mesmo, toda divergência política converge para uma escolha em que, basicamente, não há escolha alguma, mas a repetição daquela velha ladainha “por um lado, por outro lado”, com que Marx (1951b, p. 365) caracterizava o dilema moral por excelência da pequena burguesia. O principal sintoma desta época de “irrestrita auto-poiesis do capitalismo”, na expressão de Žižek (2001, p. 229), é que, aparentemente, não há escolha contrária a este sistema. Toda crítica parece, de algum modo, converter-se, cedo ou tarde, num elogio, numa “apologia do existente”, conforme sentenciariam Adorno e Horkheimer (1985),<sup>9</sup> na medida em que é paulatinamente assimilada (inclusive voluntariamente) sem que, todavia, afete à ordem social, ou, no pior dos casos, acabe por reforçá-la, constituindo-se, assim, no dizer de Marcuse, uma “forma reificada de protesto”, isto é, um “véículo de adaptação”, destituído de qualquer sinal de “transcendência crítica”, um

<sup>9</sup> A expressão “apologia do existente” é frequentemente usada por esses pensadores para rotular formas de resistência à ordem instituída que, não obstante, por permanecerem presas a seus limites, não apenas fracassam na tentativa de negá-la, como acabam por contribuir ainda mais para afirmá-la. Ver exemplo do seu emprego em Adorno e Horkheimer, 1985, p. 22.

mero “instrumento de tradução”, pretensamente aperfeiçoado, do *status quo*, ante o qual “o resto intraduzível é considerado como especulação antiquada” (Marcuse, 1998, p. 160-162).<sup>10</sup>

Diante desse estado de coisas, é preciso resgatar, parafraseando Benjamin, o que “a tradição dos oprimidos nos ensina”, ou seja, que a regra geral na qual vivemos, este reino da democracia liberal, é, na verdade, o estado de exceção, a ditadura da burguesia. Marx (1951a, p.145), ao considerar a derrota do proletariado parisiense nas jornadas de junho de 1848, disse que essa experiência servira para convencê-lo desta verdade: que até o mínimo de melhoria de sua situação é, dentro da república burguesa, uma utopia; e uma utopia que se converte em crime tão logo queira se transformar em realidade.

Benjamin já notara com muita lucidez, diante da constatação de que a regra geral é de fato o próprio estado de exceção, que era preciso “construir um conceito de história que corresponda a essa verdade” (1994, p. 226). Só assim seria possível enfrentar a ideia que socialdemocratas e liberais partilham quanto a esse suposto “processo sem limites” de “emancipação *dentro* da ordem mundana até agora existente” (1994, p. 226) – ideia que constantemente os induz a sentir “assombro com o fato de que os episódios que vivemos no século XX *ainda* sejam possíveis” (1994, p. 226).

É indispensável portanto, como dizia Benjamin em suas teses sobre a história, arrancar essa tradição ao conformismo, que tanto quer apoderar-se dela quanto daqueles que a recebem; “para ambos – advertia ele – o perigo é o mesmo: entregar-se às classes dominantes, como seu instrumento” (1994, p. 226). E o que têm feito os tradicionais partidos da esquerda de todo o mundo senão isso mesmo: administrar a produção capitalista e abafar as suas crises, aparando as suas arestas e esvaziando os movimentos sociais com promessas de desenvolvimento econômico, com distribuição de renda e justiça social?

---

<sup>10</sup> Seguindo as ideias aqui sumarizadas, Marcuse argumentava que “o mundo tinha se racionalizado a tal ponto, e esta racionalidade se tornou tal poder social, que o indivíduo não poderia fazer nada melhor do que se adaptar sem reservas” (1999, p. 78). A noção de “adaptação” para ele estava no cerne da compreensão dos efeitos de uma ideologia em cujo núcleo residia o princípio da “eficiência”. “Ser bem-sucedido é o mesmo que adaptar-se ao aparato. Não há lugar para a autonomia. A racionalidade individualista viu-se transformada em eficiente submissão à sequência predeterminada de meios e fins” (1999, p. 80), de modo que “o homem não sente esta perda de liberdade como o trabalho de alguma força hostil e externa; ele renuncia a sua liberdade sob os ditames da própria razão. A questão é que atualmente o aparato ao qual o indivíduo deve ajustar-se e adaptar-se é tão racional que o protesto e a liberação individual parecem, além de inúteis, absolutamente irracionais. [...] A razão, definida nesses termos [isto é, como “razão instrumental”, e não como “razão crítica”], torna-se equivalente a uma atividade que perpetua o mundo. O comportamento racional se torna idêntico à factualidade que prega a submissão e assim garante um convívio pacífico com a ordem dominante” (1999, p. 83).

Assim, diante da “desenfreada autopoiesis do capitalismo”, devemos enfrentar um dos principais enigmas políticos de nossa época: é ainda hoje possível a emancipação, ou, dito mais explicitamente, é o socialismo ainda uma emancipação possível, ou é possível alguma emancipação sem o socialismo? Não nos parece que seja possível abordar qualquer questão relativa à emancipação atualmente sem antes enfrentar esse impasse, sobretudo se tivermos em mente que até não muito tempo atrás predominava na esquerda, sobretudo de filiação marxista, a perspectiva de que a emancipação total constituía a *conditio sine qua non* para toda e qualquer emancipação parcial.<sup>11</sup> Essa visão, todavia, retraiu-se consideravelmente no espectro do pensamento político da esquerda, de forma que, ao dilema formulado inicialmente – “se o socialismo ainda é uma emancipação possível, ou se é possível alguma emancipação sem o socialismo” –, a escolha mais frequente tem pendido em favor da segunda opção, quando não é apontada ainda uma terceira, segundo a qual a emancipação só é possível sem o socialismo, ou sem qualquer vestígio dele, bem de acordo com o postulado por Friedrich Hayek (1976), para quem o “socialismo significa escravidão”, mesmo onde ele se encontra de forma abrandada ou imiscuído à tradição liberal, como ocorre, segundo ele, na Declaração Universal dos Direitos do Homem, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1948.<sup>12</sup>

De maneira geral, a teoria social recente sobre emancipação tem revelado uma carência atávica de perspectivas de mudança radical em relação ao sistema capitalista, isso quando não adere tão irresolutamente à ideia de que a atual sociedade não pode ser concebida como um “sistema”, mas, inversamente, como uma “sociedade aberta”, contra a qual todo tipo de “utopia” converte-se em germe da “sociedade totalitarista” (Dahrendorf, 1991, p. 81). Não raro, tais teorias se esquivam da tarefa de elaborar uma perspectiva de transformação social, ou simplesmente a confinam aos limites da “política constitucional” vigente, para usar uma preciosa expressão de Ralf Dahrendorf, tratando de pensar como indivíduos e grupos podem buscar, através da “política normal”, os meios de

---

<sup>11</sup> Esta formulação pertence a Marx, 2004, p. 155.

<sup>12</sup> Segundo ele, “esse documento é admitidamente uma tentativa de fundir os direitos da tradição liberal ocidental com a concepção totalmente diversa da revolução marxista russa. Ela adiciona à lista dos direitos civis clássicos, enumerados em seus primeiros vinte e um artigos, outras sete garantias, que pretendem expressar os novos ‘direitos econômicos e sociais [...]’. É evidente que todos esses ‘direitos’ são baseados numa interpretação da sociedade como uma organização deliberadamente fabricada, na qual todos são empregados. Eles não podem se tornar universais sem um sistema de regras de condutas justas baseado numa concepção de responsabilidade individual, e, portanto, exigem que toda a sociedade seja convertida numa única organização, isto é, que se torne totalitária no sentido mais completo da palavra” (Hayek, 1976, p. 103-104)

se emancipar, deixando, porém, intactos os fundamentos da estrutura social.

Com o chamado “fim da história”, ou após o drástico refluxo do movimento socialista, parte considerável das teorias sociais que ainda se preocupa com a questão emancipatória padece de uma obstinada aversão a qualquer contraprojeto à estrutura social vigente. Apesar das críticas e denúncias lançadas contra as infundáveis mazelas sociais existentes, e das várias múltiplas soluções suscitadas, tais teorias, ao recusarem “estabelecer a verdade deste mundo” (Marx, 2004, p. 146),<sup>13</sup> conforme declaração eloquente, e hoje em dia tão repreensível, do jovem Marx, acabam contribuindo de certa forma para fixar e propagar a impressão de que este mundo, de fato, é reflexo da verdade estabelecida, embora ainda não plenamente realizada.

### **Emancipação deslocada e irreconhecível**

Um exemplo do atrofiamento dos horizontes de emancipação presentes na teoria social contemporânea pode ser encontrado no recente debate entre Axel Honneth e Nancy Fraser. A teoria do reconhecimento esboçada pelo filósofo alemão parte da premissa hegeliana de que a formação da identidade dos sujeitos está fundamentalmente ligada a formas determinadas de reconhecimento por parte de outros sujeitos. Segundo expressa Charles Taylor, igualmente partidário dessa perspectiva, “a tese é a de que nossa identidade é parcialmente moldada pelo reconhecimento ou por sua ausência, frequentemente pela falta de reconhecimento dos outros, e, portanto, uma pessoa, ou um grupo de pessoas, pode sofrer um dano real, uma verdadeira distorção, se as pessoas ou a sociedade a sua volta refletirem sobre ela uma imagem restritiva, depreciativa, ou desprezível a seu respeito” (1992, p. 25). Disto resulta, observa Honneth, “que a constituição da integridade humana depende da experiência do reconhecimento intersubjetivo” (1992, p. 188). Assim, dando um passo além dessa perspectiva negativa inicial, que apreende a dignidade humana exclusivamente por sua falta, Honneth propõe elaborar uma perspectiva positiva da dignidade humana, construindo uma espécie de tipologia das formas de desrespeito, para, em seguida, fundar uma teoria que trate o reconhecimento como a “gramática moral dos conflitos sociais”.

Seriam basicamente três as formas de desrespeito enumeradas por ele.

---

<sup>13</sup> Trata-se de uma formulação inicial para o que, um pouco mais tarde, Marx diria se tratar da “realização da filosofia na prática”, isto é, a revolução, na qual coincide a transformação das circunstâncias históricas e da atividade humana consciente, tal como Marx define em suas “Teses sobre Feuerbach”.

A *primeira* delas refere-se ao desrespeito à integridade física dos indivíduos, às agressões e aos maus-tratos que privam os indivíduos de disporem livremente de seu próprio corpo, e que, portanto, afetam diretamente à sua autonomia, provocando, além da alienação corporal, sentimentos de humilhação, decorrentes da perda da autoconfiança e dos danos à sua autoimagem. A *segunda* forma de desrespeito adviria da exclusão estrutural de certos grupos de indivíduos de um conjunto de direitos estabelecidos em determinada sociedade, de modo que parte dos membros que a constituem se veriam, além de privados de participar como iguais em sua ordem institucional, compelidos a se sentirem rebaixados moralmente, depreciados em sua autoestima e em sua capacidade de se relacionar com os demais membros da sociedade. A *terceira* e última forma de desrespeito mencionada refere-se à depreciação dos modos e estilos de vida de indivíduos e grupos, cujos meios escolhidos de autorrealização são menosprezados ou avaliados negativamente pelo conjunto da sociedade (Honneth, 1992, p. 190-192).

Com base nessa tipologia das formas de desrespeito, Honneth formula uma tipologia correspondente das formas de “reconhecimento mútuo”, nas quais todos consigam adquirir e preservar a sua “integridade como seres humanos”. A *primeira* delas, correspondente à degradação física, se refere a um tipo de reconhecimento de cunho afetivo entre pessoas que se relacionam de maneira mais próxima e íntima, e que constitui, portanto, uma condição para a autoconfiança. A *segunda* forma de reconhecimento, correspondente à exclusão dos indivíduos de um regime jurídico de direitos e deveres iguais, se refere a um tipo de reconhecimento em que os sujeitos se percebem como membros de igual direito à participação na vida pública de uma determinada sociedade, o que implica que cada um perceba nos demais membros também um portador dos mesmos direitos, isto é, um vínculo estabelecido em relações jurídicas universais de reconhecimento, base para o autorrespeito. A *terceira* forma de reconhecimento, correspondente à depreciação do valor social atribuído a certas formas de autorrealização, refere-se a um tipo de reconhecimento em que os sujeitos aceitem estilos de vida diferentes dos seus, de maneira que tais subjetividades particulares sejam encorajadas entre indivíduos e grupos, o que seria fundamental para a promoção da autoestima.

A partir da realização desses três “padrões de reconhecimento”, Honneth assegura que a integridade e a dignidade humana podem ser finalmente alcançadas, *ao menos hipoteticamente*. Isso porque tais padrões constituiriam apenas “pré-condições formais” para a efetiva conquista do reconhecimento:

“Eles não vão além de um delineamento da estrutura institucional na qual estas formas podem ser realizadas” (Honneth, 1992, p. 196). Fica patente, nesse sentido, o caráter procedimentalista da abordagem do discípulo e sucessor de Habermas, em que a integridade é concebida como um fundamento a partir do qual a sociedade é capaz de garantir aos indivíduos apenas a *possibilidade* de realização de modos positivos de autoconfiança, autorrespeito e autoestima. Daí a sua confiança num “progresso moral” dos indivíduos e da sociedade, que seria obtido com o acúmulo de conquistas derivadas de uma incessante luta por reconhecimento (traço essencial, segundo ele, de todos os conflitos sociais modernos), somente possível graças às relações de reconhecimento das sociedades liberais capitalistas, que, embora não plenamente realizadas, como ele mesmo não se cansa de denunciar, seriam, ainda assim, responsáveis pela “direção moral” do desenvolvimento social (2003, p. 184), e não, como se poderia supor, ao menos de uma perspectiva marxista, seu principal limite. Não por acaso, Honneth, em certo momento, chega mesmo a definir a sociedade capitalista como uma “ordem institucionalizada de reconhecimento” (2003, p. 137).

Desse modo, qualquer “progresso moral” da sociedade é percebido como algo que se conquista graças àquelas relações, e jamais apesar delas, na medida em que “somente a partir da suposição de que essa nova ordem envolve uma *forma moralmente superior de integração social* podem os seus princípios internos ser considerados um *ponto de partida justo e legítimo para o delineamento de uma política ética*” (2003, p. 184; grifos nossos). É significativo que essa declaração de fé nos princípios morais que sustentam as “relações de reconhecimento das sociedades liberais capitalistas” seja revelada somente ao cabo de um longo texto, quando o próprio Honneth admite que tal suposição sempre esteve “implícita” em sua noção de “progresso moral da sociedade”. Afinal, argumenta Honneth, “com o desenvolvimento das três distintas esferas [de reconhecimento], as oportunidades de alcançar um alto grau de individualidade crescem para todos os membros desse novo tipo de sociedade, desde que sejam capazes de experimentar mais aspectos de sua própria personalidade nos diferentes modelos de reconhecimento” (2003, p. 184). O que ele quer dizer aqui é que essa nova “ordem institucionalizada de reconhecimento”, que são as “sociedades liberais capitalistas”, possibilitou que todos os seus membros experimentassem, não propriamente esse reconhecimento (a maioria ainda não o tem), mas as chances de lutar por ele (e, portanto, de conquistá-lo progressivamente). Honneth (2003) guarda para si a firme convicção de que são essas

lutas e suas conquistas que lhe permitem conceber um “progresso moral da sociedade” ou um “progresso nas relações de reconhecimento”. Porém, ainda de acordo com ele, essas lutas só foram possíveis graças àquela ordem, mesmo quando se insurgem contra ela, como que para colocá-la novamente nos devidos trilhos, reconduzi-la à sua verdade original. Nesse sentido, é possível imaginar que, se tais lutas por reconhecimento constituem para ele a “gramática moral dos conflitos sociais”, as sociedades capitalistas liberais, dada a sua primazia, constituem, por assim dizer, seu alfabeto, isto é, o ponto de partida para o “progresso moral da sociedade”, e também o seu limite intransponível, que deve sempre ser respeitado, sob o risco talvez de se interromper o progresso. Esse, afinal, o real sentido de suas “convicções de fundo”, agora “tornadas retrospectivamente explícitas”.

O que motivaria, pois, indivíduos e grupos a questionar a *ordem social* predominante (a desigualdade social) seriam os próprios *valores morais* dominantes (a igualdade jurídico-política). O que os levaria a resistir na prática a uma ordem social liberal e capitalista seria, portanto, a convicção moral nos próprios princípios liberais e capitalistas. O que Honneth se nega a perceber é a profunda relação entre esse ideal de igualdade, reduzido em sua gramática ao ideal de igualdade política e jurídica, e essa ordem social desigual. Como o capitalismo é tido como uma “ordem institucionalizada de reconhecimento”, as lutas, por mais contestatórias que sejam, não podem, no fundo, atentar contra ela, mas sim corrigi-la e aperfeiçoá-la – ou seja, toda luta política só pode alargar as relações de reconhecimento já existentes. Se as injustiças e desigualdades sociais persistem é porque tais princípios morais ainda são, para nossa tristeza, incorreta ou insatisfatoriamente aplicados na prática (ver 2003, p. 157). Esse descompasso entre princípios morais legítimos e justos e realidade social injusta ou ilegítima é para Honneth o principal fator explicativo dos modernos conflitos sociais. Os princípios morais são, assim, considerados irretocáveis, embora a própria ordem que os condiciona (e sem a qual seriam impensáveis) seja incessantemente contestada pelas incontáveis vítimas das mais diversas formas de humilhação e desrespeito que ela abriga.

Ao reduzir toda luta por transformação social a uma luta por reconhecimento, Honneth torna o que a princípio seria uma luta para fundar uma nova ordem social, inclusive com outros valores, numa luta para reformar a ordem social vigente, por meio da realização dos ideais da atual sociedade. Em vez da superação das contradições, temos, assim, reconciliação entre atores sociais em conflito – afinal, todos compartilhariam dos mesmos valores morais, de modo

que nenhuma luta poderia romper com a ordem social existente, mas apenas harmonizá-la. Ele não percebe, portanto, qualquer contradição cabal entre a prática social capitalista e seus ideais, e não percebe também, o que é ainda mais grave, até que ponto tais ideais são eles mesmos expressão daquelas práticas. Ele não concebe a luta emancipatória como distinta da luta por reconhecimento, porque pensa nela como uma luta pela realização de uma comunidade ética, ou ainda melhor, como a *realização ética dessa comunidade*. Ao tentar estabelecer uma “gramática moral” para os conflitos sociais, Honneth deixou de lado a que talvez seja a principal tarefa de uma teoria da emancipação: a crítica aos princípios dessa “gramática”. E não poderia ser diferente; assim como toda gramática enuncia seus fundamentos como algo estabelecido, a crítica moral de Honneth deve se abster de criticar os fundamentos dessa moralidade. Eles sempre estão corretos, são sempre justos e legítimos. Sua aplicação prática é que compreende desvios e transgressões que devem ser corrigidos.

Para se ter uma ideia dos limites a que está conformado o debate teórico acerca da transformação social emancipatória nos dias atuais, basta notarmos até que ponto uma das principais críticas ao pensamento de Honneth, tecida por Nancy Fraser, encontra-se presa às suas mesmas premissas básicas, fazendo que o próprio Honneth, corretamente, seja capaz de dirimir a diferença entre ambos, expressando suas discordâncias quanto à sua abordagem metodológica, sobretudo, mas não em relação às suas “conclusões gerais” (Honneth, 2003, p. 112). Em seu embate com Honneth, Fraser (2000) parte da constatação de que houve um deslocamento das lutas sociais, no qual o interesse por problemas de ordem “cultural” ou de “identidade” parece ter superado o interesse por problemas de ordem “material” ou “econômica”. Conforme observa, ainda nas décadas de 1970 e 1980, era possível ver uma confluência entre essas duas dimensões das lutas sociais. A luta pelo reconhecimento da diferença (étnica, racial, sexual, etc.) ainda estava em grande medida associada à luta pela distribuição igualitária de riquezas e do poder. Hoje em dia, porém, sobretudo após o colapso dos regimes socialistas e a acelerada globalização dos mercados de capitais e de mão de obra, as lutas por redistribuição, certa vez “a gramática hegemônica da contestação política”, já não mais parecem desempenhar o mesmo papel (Fraser, 2000, p. 107). Diante da emergência dessa nova constelação de reivindicações sociais, as antigas reivindicações têm sido relegadas cada vez mais a um lugar secundário, quando não completamente insignificante, na conformação dos novos movimentos sociais. Fraser, além de perceber um grave *problema de deslocamento* nessa substituição das demandas por redis-

tribuição pelas demandas por reconhecimento, a despeito do crescimento das desigualdades sociais provocadas por um “capitalismo agressivamente em expansão” (ou talvez graças a isso), também nota um sério *problema de reificação* das identidades de indivíduos e grupos, em detrimento da interação respeitosa dentro de contextos multiculturais, no âmbito dos novos movimentos sociais. No primeiro caso, as demandas por reconhecimento não complementaríamos as demandas por redistribuição, mas, ao contrário, as marginalizariam ou mesmo eliminaríamos. No segundo caso, as políticas de reconhecimento tenderiam a “simplificar e reificar drasticamente” as identidades dos grupos, o que ajudaria a encorajar o separatismo, a intolerância, o chauvinismo, o patriarcalismo e o autoritarismo (2000, p. 108).

Buscando repensar as políticas de reconhecimento, de modo a tentar resolver, ou ao menos mitigar, o problema do deslocamento e da reificação, Fraser propõe uma nova perspectiva de integração das lutas por reconhecimento e distribuição, que consiste naquilo que ela chama de “modelo de *status*”. De acordo com esse modelo, tanto o não reconhecimento quanto a má redistribuição podem ser compreendidos como exemplos de “subordinação de *status*”, em que indivíduos e grupos se veriam privados de serem parceiros completos na interação social, isto é, ver-se-iam impedidos de participar como iguais na vida social. Dessa forma, a política de reconhecimento, no modelo de *status*, “não mais seria reduzida a uma questão de identidade: ela seria em vez disso uma política voltada para superar a subordinação, estabelecendo a parte não reconhecida como um membro completo da sociedade, capaz de participar de igual para igual com os demais” (2000, p. 113). Fraser enfatiza que a falta de reconhecimento não se origina somente de uma dimensão discursiva, como se depreenderia da teoria de Honneth, mas está incrustada em padrões institucionalizados de subordinação que impedem a paridade de participação, constituindo, assim, uma sistemática violação de justiça. A forma encontrada para se combaterem os danos provocados pelo não reconhecimento seria a substituição do padrão cultural institucionalizado, que impede a paridade participativa, por outro que a permita e fomente.

O mesmo também valeria para se combater a má distribuição. De acordo com o modelo de *status*, não são apenas os valores culturais institucionalizados que impedem a paridade de participação, mas também a escassez de recursos. Fraser insiste, portanto, numa dupla dimensão analítica para se lidar com o tema da justiça social: uma dimensão “cultural”, que abarcaria a questão do reconhecimento da identidade, e outra dimensão, “material”, que

abarcaria a questão da redistribuição de recursos econômicos. Cada dimensão estaria associada a um aspecto distinto da ordem social. A esfera cultural e a esfera econômica são percebidas assim como “mutuamente imbricadas” – ou seja, a despeito de suas peculiaridades e significativas diferenças, sua autonomia é apenas relativa, havendo uma correlação íntima entre ambas. Do mesmo modo que nas sociedades capitalistas os padrões culturais não determinam a distribuição econômica, também a distribuição econômica não pode determinar os padrões culturais, o que não impede que haja inegável correspondência entre as hierarquias de *status* e as desigualdades econômicas.

Assim, Fraser aponta, simultaneamente, tanto para a irredutibilidade entre as duas dimensões, cultural e material, quanto para sua estreita relação (Fraser, 2000, p. 117-118; 2003, p. 50). Dessa perspectiva, as duas dimensões quase sempre estão associadas nos movimentos sociais, que, corresponderiam, assim, a grupos “bidimensionalmente subordinados”, que “sofrem tanto de má distribuição quanto da falta de reconhecimento, de forma tal que nenhuma dessas injustiças é efeito, mesmo indireto, um do outro; ambas são primárias e cooriginárias” (Fraser, 2003, p. 19). É nesse sentido que Fraser se refere a grupos pertencentes a “categorias híbridas”, como os de gênero e raça, para os quais só faz realmente sentido falar em justiça se ambas as dimensões estiverem contempladas em sua luta, rompendo, assim, com as falsas antíteses.

É precisamente com base neste “perspectivismo dualista” que Fraser critica o “monismo normativo ou moral” presente em Honneth, pensador que, segundo ela, assume uma “perspectiva culturalista reducionista da distribuição” (2003, p. 34). Para ela, ao contrário, “uma teoria da justiça deve ir além dos padrões de valor cultural a fim de examinar a estrutura do capitalismo. Ela deve se questionar se os mecanismos econômicos são relativamente destacados das estruturas de prestígio e se eles, com relativa autonomia, impedem a paridade de participação na vida social” (2003, p. 35). Nesse sentido, ela indica dois caminhos pelos quais a paridade participativa deve ser examinada: em primeiro lugar, na sua condição objetiva, isto é, se ela evita formas e níveis de dependência econômica e desigualdade; em segundo lugar, na sua condição intersubjetiva, se ela evita padrões culturais institucionalizados que desrespeitem indivíduos e grupos e depreciem qualidades e características a elas associadas (2003, p. 36). Segundo Fraser, Honneth não apenas se esquivava de realizar a primeira tarefa, como na verdade sequer chega a tratar corretamente o tema da justiça social, entendida aqui à luz da noção de paridade participativa. Além de não compartilhar de um adequado “perspectivismo dualista” e reduzir todos os

conflitos sociais a uma questão de luta por reconhecimento, ele também reduz o próprio conceito de reconhecimento à categoria de identidade. Assim, de acordo com Fraser, Honneth perde de vista que o reconhecimento não deve ser entendido só como uma questão de autorrealização, mas sim, e sobretudo, como uma questão de justiça. É essa diferença, a seu ver, o que garante a superioridade do seu “modelo de *status*” em relação ao “modelo de identidade” de Honneth.

Honneth, em defesa própria, afirma que aquilo que Fraser “chama de injustiça, em linguagem teórica, é experimentado pelos afetados como injúria social bem apoiada em demandas por reconhecimento” (2003, p. 114). Segundo ele, “mesmo as injustiças distributivas devem ser entendidas como expressão institucional do desrespeito social, ou, melhor dizendo, relações injustificadas de reconhecimento” (2003, p. 114). Desse ponto de vista, a dicotomia proposta por Fraser entre uma dimensão material e outra cultural, entre formas de redistribuição e de reconhecimento ainda que imbricadas, é bastante questionável (2003, p. 114).<sup>14</sup>

Honneth argumenta, nesse sentido, que sua teoria do reconhecimento não pode ser restringida aos novos movimentos que lutam sob a bandeira da identidade – como Fraser, preocupada com o problema do deslocamento, a havia descrito. Para Honneth, “a estrutura conceitual do reconhecimento é de central importância hoje não porque expressa os objetivos de um novo tipo de movimento social, mas porque ela se mostrou um instrumento adequado para revelar categorialmente as experiências de injustiça como um todo” (2003, p. 133). Honneth acrescenta ainda que Fraser ignora a segunda forma de relação de reconhecimento elaborada por ele; do contrário, teria percebido que sua noção de paridade participativa em muito se assemelha ao reconhecimento jurídico ali previsto. Em vez disso, ela se detém quase que exclusivamente nas outras duas formas de reconhecimento, as que dizem respeito à constituição das identidades e à tolerância e à apreciação dos estilos de vida, talvez porque essas se ajustassem melhor à sua crítica. De modo geral, Honneth está mesmo correto. A teoria de Fraser não se contrapõe à

---

<sup>14</sup> Segundo Honneth: “Contra a sua proposta de que os objetivos normativos da teoria crítica social devem agora ser pensados como produto de uma síntese das considerações “material” e “cultural” da justiça, eu estou convencido de que os termos do reconhecimento devem representar uma estrutura unificada para tal projeto. Minha tese é de que uma tentativa para renovar as demandas compreensivas da teoria crítica sob as condições atuais se orienta melhor por uma estrutura categorial de uma teoria do reconhecimento suficientemente diferenciada, dado que isso estabelece um vínculo entre as causas sociais dos sentimentos de injustiça e os objetivos normativos dos movimentos emancipatórios” (2003, p. 113).

dele de fato, sendo perfeitamente assimilável por essa. A justiça social defendida por Fraser pode muito bem ser apreendida sem qualquer prejuízo como expressão de uma luta por reconhecimento.

O problema, portanto, estaria na incompatibilidade entre o “perspectivismo dualista” de Fraser e o “monismo moral” de Honneth. E, nesse sentido, a intuição de Honneth (2003, p. 114) novamente está correta quando nota certo “estilo marxista” nas interpretações de Fraser. Fraser, contudo, não passa do estilo. O principal que ela teria a incorporar da teoria marxista, que é a perspectiva histórica da luta de classes, ela deixa de lado, embora, em pequenas notas de rodapé, ela a considere uma perspectiva válida. O seu conceito de classe, por exemplo, deriva inteiramente da tipologia compreensiva de Weber, e, portanto, ela nada tem a dizer sobre o modo de produção da sociedade capitalista, referindo-se apenas à esfera da distribuição dos bens econômicos. Como Fraser conceituaria, “classe é uma ordem de subordinação objetiva derivada de arranjos econômicos que negam a alguns atores os meios e os recursos que eles precisam para a paridade de participação” (2003, p. 49), ao que ela complementaria da seguinte maneira numa nota de rodapé: “para deixar claro, esses arranjos econômicos podem ser teorizados em termos marxistas; mas a minha ênfase é menos nos mecanismos de exploração do que em suas consequências normativas, as quais considero em termos de distribuição dos produtos na participação social” (Fraser, 2003, p. 102). Não admira que Fraser, ao adotar tal ponto de vista, descartando deliberadamente o aspecto da produção, central para a compreensão dos “mecanismos de exploração” da sociedade capitalista, acabe por estabelecer uma separação entre duas esferas, uma cultural e outra econômica, ainda que mutuamente imbricadas. Esquemáticamente, tanto a esfera econômica quanto a esfera cultural, na teoria de Fraser, pertencem, por assim dizer, à ordem “superestrutural” da sociedade capitalista, e podem muito bem ser examinadas, nesse sentido, à luz da teoria “moral” de Honneth. Assim, o problema da teoria da emancipação em Honneth é basicamente o mesmo da teoria da emancipação em Fraser. Ambos pensam a emancipação *dentro* dos limites dados pela sociedade capitalista, um ao tratar das “relações de reconhecimento” e a outra por evocar contra o deslocamento do eixo das lutas sociais o aspecto da redistribuição econômica. É surpreendente, aliás, que Fraser, ao pensar um modo de ação que contribua para se alcançar a justiça social, sugira uma estratégia transformativa, uma vez que todo o seu referencial teórico está fundamentado na perspectiva compreensiva de Weber. Na verdade, o que ela propõe é uma estratégia transformativa dentro de um quadro de ação

meramente reformista. Não à toa ela busca logo descaracterizar sua proposta como se fosse uma reedição do dilema revolução *versus* reforma. De fato, sua proposta está inteiramente no campo da reforma. Consequentemente, pode-se dizer que Fraser está no mesmo barco que Honneth, e que ele, por sua vez, por parecer mais ciente disso que ela, está à proa do barco.

Não obstante, ambos se dizem críticos do capitalismo em sua “totalidade”, ao coordenar e conectar diversos níveis de discussão numa teoria crítica da sociedade capitalista, quais sejam: a filosofia moral, sendo um partidário de um “monismo moral” e a outra de uma “perspectiva dualista”; a teoria social, em que um trata das “relações de reconhecimento” e a outra de “relações entre as esferas materiais e culturais”; e a análise política, em que ambos tratam, cada um a seu modo, das relações entre política universalista e política de identidade. A abordagem crítica da economia política, vital para a compreensão dos “mecanismos de exploração” da sociedade capitalista, e, portanto, de sua “totalidade”, fica, assim, completamente *deslocada*. A tirar por esse ponto, as teorias de Honneth e Fraser estão bem longe de criticar o capitalismo em sua “totalidade”. Arranham apenas a sua superfície.

## Democracia e socialismo

Iniciamos este ensaio com uma breve epígrafe de autoria de Ralph Miliband (2000), um dos principais responsáveis por recolocar o problema central do Estado na teoria marxista no século passado. Nessa passagem, escrita já quase ao fim da vida, tendo presenciado o desabamento da União Soviética, Miliband não teve receios de nadar firmemente contra a maré – que, como vimos, tanto à esquerda quanto à direita, desaguava na celebração de uma nova ordem democrática que teria posto um fim definitivo à temerária utopia social comunista. A vitória da ideia democrática sobre os escombros da ideia socialista parecia a muitos ter aberto finalmente um verdadeiro caminho possível de emancipação dentro da ordem capitalista vigente, sem os transtornos, as incertezas e o perigo inerente a todo atalho revolucionário. Intransigente, Miliband não apenas reconhecia que o “socialismo deve ser visto como parte de um movimento democrático que surgiu muito antes dele” (2000, p. 87), e não como a sua antítese, como desejavam os acólitos liberais da procissão capitalista, “mas que só através dele pode alcançar seu significado pleno” (2000, p. 87). Assim, nesse momento, ele conservava a convicção de Rosa Luxemburg na união vital entre democracia e socialismo, “não que os destinos do movimento socialista estão ligados aos da democracia

burguesa [como sustentavam os ideólogos revisionistas de sua época], mas que, inversamente, os destinos do desenvolvimento democrático estão ligados ao movimento socialista” (Luxemburg, 2011, p. 66). Dessa forma, embora Miliband reconheça que sem o advento do capitalismo a humanidade não teria chegado sequer a vislumbrar a possibilidade de “uma vida materialmente segura e moralmente decente para todos os habitantes do planeta”, ele enfatiza que esse mesmo capitalismo “é incapaz por sua própria natureza e por sua finalidade de transformar essa maravilhosa promessa em realidade” (Miliband, 2000, p. 30).

A crença na “perfectibilidade infinita” do capitalismo democrático – que em outros tempos foi responsável por profecias como a de eliminação quase completa da pobreza nas “sociedades afluentes” (Galbraith, 1972) ou de uma via de desenvolvimento social e econômico capaz de tirar os países capitalistas periféricos de sua longa situação de atraso (Rostow, 1964) – deve ser permanentemente combatida, sobretudo nas ciências sociais.

A ampliação dos direitos políticos, civis e sociais no interior da ordem capitalista, ao garantir melhoras, por vezes substanciais, das condições de vida de boa parte da população, significa, de fato, tremendos avanços no caminho da emancipação. Todavia, além de serem conquistadas a duras provas – sempre apesar da ordem social vigente, e jamais graças a ela (ainda que porventura se tornem funcionais à conservação da ordem) – esses mesmos avanços estão longe de rumar progressivamente em direção à emancipação geral da sociedade – antes, a sua trajetória, quando ascendente, é sempre no sentido da confrontação com os limites impostos por essa mesma ordem, onde eles acabam por se chocar inevitavelmente com a possibilidade de seu próprio retrocesso. A menos, é claro, que os limites, enfim, sejam transpostos. Afinal, como nos lembra Miliband, “é possível reduzir os abusos mais grosseiros do sistema, mas não é possível erradicar sua essencial desumanidade” (2000, p. 27).

É nesse sentido elementar que reafirmamos neste ensaio a atualidade da noção de revolução, como uma forma de ruptura qualitativa com a ordem social em vigor, sem a qual toda reforma tende a se perder numa quimérica perspectiva gradualista de infinitas e cumulativas melhoras, bem como a urgente necessidade da luta pelo socialismo, como única forma de dar substância ao ideal democrático e, assim, salvaguardá-lo do destino que lhe reserva o capitalismo. É necessário que se reconheça, como fez Ellen M. Wood, que “o capitalismo é estruturalmente antitético em relação à democracia” – incompatibilidade essa que se deve à “condição irreduzível” de

que “a existência do capitalismo depende da sujeição aos ditames da acumulação capitalistas e às ‘leis’ do mercado das condições de vida mais básicas e dos requisitos de reprodução social mais elementares”; assim, “a democratização deve ir na mão da ‘desmercantilização’. Mas desmercantilização, por definição, significa o final do capitalismo” (2007, p. 382). Não é outra razão por que Carlos Nelson Coutinho manteria até o fim de sua vida a sua convicção de que “não há socialismo sem democracia, assim como não há democracia sem socialismo. Eu não hesitaria em dizer: o valor universal da democracia só se realizará plenamente no socialismo” (2000, p. 133). Se desejamos mesmo uma sociedade democrática, é preciso mais do que nunca que o socialismo se retire de seu exílio para voltar a rondar o mundo.

## Referências bibliográficas

ADORNO, Theodor W.; HORKHEIMER, Max. *Dialética do esclarecimento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

ANDERSON, Perry. *O fim da história: de Hegel a Fukuyama*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

ARENDT, Hannah. *On Revolution*. Nova York: The Viking Press, 1968.

\_\_\_\_\_. Da violência. In: \_\_\_\_\_. *Crises da República*. São Paulo: Perspectiva, 2004. p. 91-156.

BENJAMIN, Walter. Sobre o conceito de história. In: \_\_\_\_\_. *Magia e técnica, arte e política*. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. p. 222-232. (Obras escolhidas, 1).

BERLIN, Isaiah. The Idea of Freedom. In: \_\_\_\_\_. *Political Ideas in the Romantic Age*. New Jersey: Princeton University Press, 2006. p. 88-154.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Contra a corrente: ensaio sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2000.

DAHRENDORF, Ralf. *Reflexões sobre a revolução na Europa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

EAGLETON, Terry. *As ilusões da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

\_\_\_\_\_. *Depois da teoria: um olhar sobre os estudos culturais e o pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

\_\_\_\_\_. ¿Un futuro para el socialismo? In: BORON, Atilio; AMADEO, Javier; GONZÁLEZ, Sabrina (org.). *La teoría marxista hoy*. Buenos Aires: Clacso, 2006. p. 463-471.

FRASER, Nancy. Rethinking Recognition. *New Left Review*, Londres, n. 3, p. 107-120, May-June 2000.

\_\_\_\_\_. Social Justice in the Age of Politics: Redistribution, Recognition and Participation. In: AXEL, Honneth; FRASER, Nancy. *Redistribution or Recognition*. Nova York: Verso, 2003. p. 7-109.

FURET, François. *A revolução em debate*. São Paulo: Edusc, 2001.

GALBRAITH, Joseph. *A sociedade afluyente*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1972.

HABERMAS, Jürgen. A filosofia como guardador de lugar e como intérprete. In: \_\_\_\_\_. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. p. 17-36.

\_\_\_\_\_. A soberania popular como procedimento. In: \_\_\_\_\_. *Direito e democracia: entre facticidade e validade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997. V. 2, p. 249-278.

HAYEK, Friedrich A. *Law, Legislation and Liberty*. Chicago: University of Chicago Press, 1976.

HONNETH, Axel. Integrity and Disrespect: Principles of a Conception of Morality Based on the Theory of Recognition. *Political Theory*, v. 20, n. 2, p. 187-201, 1992.

\_\_\_\_\_. Redistribution as Recognition: A Response to Nancy Fraser. In: \_\_\_\_\_. FRASER, Nancy. *Redistribution or Recognition*. Nova York: Verso, 2003. p. 184.

LOSURDO, Domenico. *Democracia ou bonapartismo: triunfo e decadência do sufrágio universal*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2004.

LUXEMBURG, Rosa. Reforma ou revolução? LOUREIRO, Isabel (org.). *Obras escolhidas*. São Paulo: Editora Unesp, 2011. V. 1.

MARCUSE, Herbert. Comentários por uma redefinição da cultura. In: \_\_\_\_\_. *Cultura e sociedade*. São Paulo: Paz e Terra, 1998. V. 2, p. 153-175.

\_\_\_\_\_. Algumas implicações sociais da tecnologia moderna. In: \_\_\_\_\_. *Tecnologia, guerra e fascismo*. São Paulo: Editora Unesp, 1999. p. 73-104.

MARX, Karl. Las luchas de clase en Francia de 1848 a 1850. In: \_\_\_\_\_. *Obras escogidas en dos tomos*. Moscou: Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1951a.

\_\_\_\_\_. Carta a J. B. Schweitzer. Londres, 24 de enero de 1865. In: \_\_\_\_\_. *Obras escogidas en dos tomos*. Moscou: Ediciones en Lenguas Extranjeras, 1951b.

\_\_\_\_\_. O 18 brumário de Luís Bonaparte. In: \_\_\_\_\_. *Karl Marx*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Os pensadores).

\_\_\_\_\_. *Crítica da filosofia do direito de Hegel*. São Paulo: Boitempo, 2004.

MILIBAND, Ralph. *Socialismo & ceticismo*. Bauru: Edusc, 2000.

MOUFFE, Chantal. *O regresso do político*. Lisboa: Gradiva, 1996.

\_\_\_\_\_. Deliberative democracy or agonistic pluralism. *Reihe Politikwissenschaft/ Political Science Series*, Viena, n. 72, p. 1-17, Dec. 2000.

\_\_\_\_\_. Por um modelo agonístico de democracia. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 25, p. 19, nov. 2005.

ROSTOW, Walt Whitman. *Etapas do desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.

SCHUMPETER, Joseph A. *Capitalismo, socialismo, democracia*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

TAYLOR, Charles. The Politics of Recognition. In: GUTMANN, Amy (org.). *Multiculturalism and "The Politics of Recognition"*. New Jersey: Princeton University Press, 1992.

WOOD, Ellen Meiksins. Estado, democracia e globalização. In: BORON, Atilio; AMADEO, Javier; GONZÁLEZ, Sabrina (org.). *A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas*. São Paulo: Expressão Popular, 2007. p. 381-393.

ŽIŽEK, Slavoj. *Did Someone Say Totalitarianism?* Londres: Verso, 2001.



# La salud pública y la construcción del derecho a la salud en el caso brasileño

Felipe Machado  
Francini Guizardi  
Alda Lacerda

## Introducción

La salud pública brasileña se ha desarrollado desde la Constitución Federal de 1988 a partir de diferentes abordajes y propuestas. La perspectiva de la “salud como derecho de todos y deber del Estado” se ha materializado de diferentes formas en los diversos contextos locales de salud en Brasil. De esta forma, es objetivo de este texto discutir algunos aspectos de los procesos de garantía de derecho en el caso brasileño, con énfasis en su materialización a nivel de la práctica de los servicios de salud.

En primer lugar, es importante resaltar una comprensión específica sobre la construcción de los derechos. Tal proceso implica una especie de homogenización de la sociedad, a partir de la selección de demandas consideradas más relevantes que otras. Esto implica decir que el derecho formal se constituye a partir de una observación indiferenciada de la sociedad; una observación que elimina las diferencias y especificidades individuales. Esto porque, como señala Abreu (2008) “por obra de un artificio racional, los individuos son imaginados fuera del lugar” donde viven, trabajan y se divierten. Así, la formalización de derechos en la letra de la ley implica disociar a los individuos de la diversidad de carencias sociales y de la forma de enfrentarlas, restando, por lo tanto, la ilusión de que todos son “dueños de sí mismos y de sus propias acciones”. De esta manera, “se tornó posible construir ideológicamente, como valor positivo y, posteriormente, como norma jurídica y visión hegemónica, la imagen de que todos los individuos son igualmente libres para usar, gozar y disponer de sus capacidades, como atributo natural”. Como efecto de este proceso de homogenización, el momento de la formulación de los derechos analiza sólo lo que es pertinente para el campo del

derecho, seleccionando los aspectos sociales considerados más importantes y pasibles de intervención.

Aunque existan formalmente derechos en el área de la salud, sólo a nivel de la práctica es posible constituirlos. Más que eso, entendemos que la responsabilidad por los procesos de ampliación o restricción de los derechos ocurre a partir de los diversos procesos hermenéuticos realizados por los profesionales y por los gestores de salud. En ese sentido, es posible afirmar que el análisis del derecho no debe restringirse sólo al contenido, sino que debe comprender las diversas formas de su materialización. Así, se puede cuestionar el porqué un derecho es más “fácil” de garantizarse con respecto a otros, y por qué algunos derechos están inscritos en la letra de la ley mientras que otros no lo están.

A partir de esta consideración es posible realizar una primera distinción importante entre la “forma jurídica del derecho”, es decir, la inscripción normativa del derecho en la ley, y otro tipo de derecho útil en el análisis de las prácticas de salud. El primer tipo de derecho sería la conformación jurídica de relaciones sociales ya establecidas, es decir, un derecho formal ya normado. El segundo, al contrario, debe ser entendido como anhelo, es decir, aquello que se desea, se aspira. Este derecho busca cuestionar la eternización de las formas jurídicas. Se trata de la constitución de derecho que mira hacia el futuro, estrictamente unido a la política. A diferencia de aquel derecho que se dirige hacia el pasado para conservar las relaciones sociales ya existentes, supuestamente aséptico en términos políticos.

Esta asepsia se presenta también en las actuaciones profesionales que se visten de una supuesta imparcialidad y objetividad (vocabulario típico de la burocracia y del derecho). En Brasil, esta lógica de actuación ha funcionado mucho más como una forma de opresión de los sujetos que necesitan de atención de la salud, que como una garantía efectiva de los derechos.

De esta manera, no debemos perder de vista que el derecho sólo existe mediante la actuación del Estado, y si los trabajadores de la salud son el Estado en el momento de la asistencia a la población, son los propios trabajadores los que, buscando una actuación normada, transforman el derecho en ficción, al mismo tiempo en que discursivamente buscan su materialización. Se trata de una mediación inhibidora de la construcción y garantía de los derechos sociales. El burocratismo muchas veces presentado por los servicios sólo es quebrado por la actuación más subjetiva de los profesionales, que buscan caminos alternativos que pueden basarse en criterios igualmente subjetivos. Así, algunos usuarios (más queridos) son rápidamente atendidos mientras que otros con-

tinúan encontrando en el Sistema Único de Salud (SUS) diversas barreras en la atención. Este tipo de actuación dirigida hacia algunos individuos debe ser rechazada de toda asistencia de servicio en Brasil. El aspecto que se coloca aquí es de privilegio y no de derecho.

En ese sentido, es posible apropiarnos del pensamiento de Nonet y Selznick (2010) cuando defienden una actuación consecuencialista, distinta de aquella en que los profesionales se esconden atrás de las reglas y se alejan de sus responsabilidades. Esta postura “estimula una visión restrictiva de la obligación oficial” (Nonet y Selznick, 2010, p. 133). Esta visión induce a los profesionales a “apartarse de aspectos políticos específicos, esconderse atrás de un velo de neutralidad, y desviarse de la iniciativa en aspectos políticos” (Nonet y Selznick, 2010, p. 133). Esta postura tiende a presentar las decisiones en la forma de la atención y de direccionamiento como decisiones técnicas. Al contrario de esto, se debe evidenciar el carácter político de las decisiones, tal como la búsqueda por alcanzar metas e indicadores.

Es preciso reforzar el papel de los trabajadores en la conducción de las políticas de salud. Cada trabajador es responsable por sus actitudes y decisiones, sin embargo, no todo trabajador se reconoce así. La crítica que Arendt (2005, p. 91) hace de la “teoría del diente del engranaje” trata de desarmar esta idea de que los individuos nada más son piezas sustituibles que mantienen la administración en funcionamiento, de forma que no existen responsabilidades individuales en la medida en que cualquier otra persona en dicho lugar desempeñaría la función de la misma forma. La utilización de esta referencia tiene aquí un carácter puramente metafórico, ya que el análisis de esta autora se dirige hacia la discusión de regímenes políticos totalitarios. Nuestra apropiación refuerza sólo el carácter de la responsabilidad individual y no del sistema en la conducción de las decisiones políticas. Pensar en los trabajadores como dientes del engranaje refuerza el ideal de una burocracia sin sujetos, en la que todos los funcionarios tienen sus tareas definidas y sólo una única forma de ejecutarlas. Al contrario de esto, es importante reconocer que al mismo tiempo que las decisiones políticas tomadas por los líderes tienen consecuencias directas en la población, también las decisiones tomadas por los trabajadores en el momento del contacto con la población (o del no contacto) también tienen consecuencias directas. Así, es fundamental analizar los efectos de las decisiones sobre la materialización de los derechos o, al contrario, sobre la imposición de barreras en la afirmación de tales derechos. Nuestra apropiación del pensamiento de Arendt busca evidenciar las responsabilidades individuales en función del apego

estricto a las normas o de la toma de decisiones que proporcionan la garantía y ampliación de los derechos sociales.

## **Contextualización de la construcción del derecho a la salud en el caso brasileño**

El Sistema Único de Salud se conformó en Brasil en los últimos 25 años como un campo de luchas por los derechos sociales, movilizándolo amplios sectores de la sociedad brasileña en torno a un proyecto de reforma sanitaria. Este movimiento político logró consolidar una estructura jurídico-institucional coherente, con las demandas y luchas por la salud, que se intensificaron con la reapertura democrática en los años 1980, garantizando que el derecho a la salud fuera asegurado como derecho a la ciudadanía, en oposición a toda la historia anterior de las políticas del sector.

Sin embargo, cuando analizamos el proceso de institucionalización del SUS a partir de valores de justicia social y equidad que lo legitimaron y que aún lo legitiman, debemos preguntarnos si a lo largo de esa trayectoria los servicios y sistemas de salud han respondido al desafío de la democratización del Estado brasileño. Sin mantener en primer plano este aspecto, la lucha por la atención a la salud o, en otras palabras, la lucha por la materialización de los derechos que dan el sentido de la transformación social al proyecto del SUS, asume el carácter restringido de acceso y consumo de servicios.

Una breve retrospectiva de su proceso de consolidación nos mostraría el gran avance representado por la ampliación del aparato institucional proveedor de servicios, en especial, a través de los instrumentos normativos de organización de la atención a la salud. Se resalta, a este respecto, el impacto de sus normas operacionales, la reorganización de la atención primaria con la Estrategia Salud de la Familia y la perspectiva de ampliación del pacto entre Unión, estados y municipios en torno a las políticas públicas de salud, inicialmente con el Pacto de Gestión y posteriormente con la reglamentación de la ley 8.080/90 por medio del decreto 7.508, de 2011. Estos son ejemplos de artificios institucionales que respondieron por la estructuración del SUS en el ámbito nacional, por su significativa capilaridad en contexto tan amplio y en un período histórico relativamente corto.

Los resultados obtenidos con tales estrategias indican determinadas potencialidades que dicha configuración institucional porta, particularmente, cuando se rescata el período inicial de su articulación en que, además de precisar enfrentar las características autoritarias y elitistas de la sociedad y del Esta-

do brasileño, la viabilidad del SUS coincidió con el fortalecimiento de políticas neoliberales en la América Latina, en la década de los 1990 del siglo pasado.

Sin embargo, si por un lado no restan dudas con respecto a los avances alcanzados en la consolidación de una estructura institucional capaz de asegurar la continuidad del proyecto político del SUS en un contexto histórico adverso; por otro lado, podemos también constatar que la presencia relevante de artificios normativos apunta hacia lo que ha sido la tendencia hegemónica de orientar la producción de las políticas de la salud. Por ese motivo, y no siendo negligentes con respecto a los avances alcanzados en su implantación, algunos indicios nos llevan a cuestionar si los diseños institucionales que configuraron el SUS responden plenamente a los desafíos de democratización promovidos por el movimiento de la reforma sanitaria en la lucha por la conquista y garantía del derecho a la salud. Corroborando éstos aspectos, Jairnilson Paim (2008), militante de éste movimiento, hizo un rescate histórico procurando evidenciar como sólo la fachada institucional de la reforma sanitaria logró avances, a pesar del fuerte deseo de democratización y transformación social expresado en la lucha por el derecho a la salud.

Un ejemplo emblemático es el hecho de que el SUS tiene como uno de sus principios la participación popular (Brasil, 1988), asegurada formalmente por la existencia de consejos y conferencias de salud paritarios (50% usuarios y 50% demás segmentos) en las tres esferas del gobierno (Brasil, 1991), además de existir consejos relacionados con los distritos y regiones sanitarias y unidades de salud.

Los consejos fueron incorporados en la Constitución, suponiendo que se tornarían canales efectivos de participación de la sociedad civil y formas innovadoras de gestión pública para permitir el ejercicio de una ciudadanía activa, incorporando las fuerzas vivas de una comunidad a la gestión de sus problemas y a la implantación de políticas públicas destinadas a solucionarlos. (Gerschman, 2004, p. 1.672)

La inscripción de esos espacios de participación en la estructura legal del SUS fue resultado de gran movilización junto al poder legislativo, superando inclusive los vetos realizados por el presidente Fernando Collor (Paim, 2008). Sin embargo, aunque la participación popular y la planificación ascendente sean tomados como elementos fundamentales de la reforma sanitaria, observamos que los modos de gestión puestos en acción en la trayectoria del SUS redundaron en la permanencia de prácticas institucionales reflejadas en la centralización normativa de la gestión de las políticas públicas y en el control del

proceso de trabajo en las instituciones de salud. Considerando éste aspecto, concordamos con el análisis hecho por Campos (2000), según el cual, a pesar de los compromisos democráticos, la efectividad del SUS siguió los cánones de racionalidad gerencial hegemónica, marcada por el ejercicio del control y de la disciplina en la gestión del trabajo.

Partimos así, de la comprensión de que el SUS no rompió con la tradición de gestión de las políticas públicas en el área de salud, históricamente marcada por un sesgo autoritario, tecnicista y centralizador. Aunque exista un reconocido compromiso ético por parte de muchas personas que ocuparon espacios institucionales de gestión y un histórico de amplia participación en su constitución, evaluamos que el SUS se ha desarrollado hegemónicamente como otro espacio estatal de reproducción de las relaciones de dominio vigentes en nuestra sociedad. Esta comprensión puede ser ejemplificada por el grave problema de racismo y de violencia institucional en la asistencia a la salud, así como por las dinámicas corporativistas en el cotidiano de la gestión y de las relaciones de trabajo en los servicios públicos del sector. La permanencia de estos patrones en el contexto de consolidación del SUS se encuentra amarrada a determinadas características del Estado brasileño, que marcaron su trayectoria institucional y su configuración actual. Tales características han contribuido en la conformación de una específica de creación y garantía de los derechos en el campo de la salud muchas veces distanciados de la realidad social de los brasileños. Romper con esto constituye la principal tarea para avanzar en la garantía de los derechos en Brasil.

### **Cultura política y formación del Estado brasileño**

En nuestro país la consolidación de las instituciones democráticas es bastante reciente (a partir de la década de los 1980), habiendo ocurrido en otros períodos de forma frágil y dispersa a lo largo de nuestra historia republicana. Así como frágil e insólita fue la construcción del estado de derecho que la debería justificar, siempre marcado por una serie de procesos socio culturales que lo generalizan en sus prerrogativas esenciales. En ese sentido, aunque exista la formalización igualitaria asegurada por el reconocimiento común de los derechos civiles y políticos (sin mencionar los derechos sociales) se evidenció inconsistencia, ya que es permanente sometida a un patrón de dominancia social caracterizada por absurdos hiatos y desigualdades entre las clases populares y los sectores medios y altos de la población. Como afirma Reis:

Si los derechos civiles y políticos se encuentran formalmente asegurados [...], el hiato en cuestión redundaría en un *disenfranchisement* social básico que se ubica muy por debajo de la carencia de los derechos sociales de Marshall y priva, a rigor, los propios derechos civiles de parcelas sustanciales de la población brasileña, dotadas sólo de una ciudadanía de segunda clase (vale mencionar, como ejemplo, el cotidiano de las relaciones entre el aparato policial y represivo del estado y las camadas más carentes de la población). (1988, p. 21)

De hecho, hasta la mencionada transición democrática, Brasil se configuraba característicamente como una república oligárquica, donde marcado por formas patrimonialistas, personalistas, mandonistas y elitistas de ejercicio de poder, inviabilizó en gran parte de la población brasileña la materialización de los derechos mínimos de ciudadanía (inclusive utilizándose exclusivamente los parámetros liberales de ciudadanía). Este aspecto está directamente enraizado a la fuerte resistencia de nuestras élites en reconocer la legitimidad de las diferencias inherentes al campo social y en aceptar otros sujetos colectivos como portadores de intereses válidos. Como nos menciona Tavares (1999), “nuestras reformas burguesas siempre tuvieron como límites dos miedos seculares de nuestras élites ilustradas: el miedo al Imperio y el miedo al Pueblo” (1999, p. 453).

La conjunción de estos y de otros determinantes resultó en la prevalencia histórica de relaciones político-sociales arcaicas, marcadas por el signo de la sumisión y del favor. Relaciones en que el plano del derecho no llega a ser siquiera enunciado, permaneciendo la experiencia política como una concesión fundada en referencias privatistas y personalistas del poder, en lo que Sales (1994) conceptualiza como *ciudadanía concedida*.

Según la autora, esta habría sido la primera forma de organización de los derechos civiles, que se constituirían después como dádiva concedida por los señores de tierra a los hombres libres y pobres subordinados a él. Tales derechos básicos, esenciales para la libertad individual (como el derecho de ir y venir, derecho al trabajo y a la propiedad; e inclusive derecho a la justicia), no se presentaron como derechos civiles propiamente, sino como favores otorgados. Se establecía con esto toda una red cultural, social y económica centrada en la categoría del favor, en función de la cual tales relaciones sociales se engendraron como relaciones de mando y servilismo. Más que dominancia, ese “arreglo” construyó lugares sociales demarcados, de un lado, por el signo de la obediencia y por la necesidad impuesta de “pedir”; implicando, por otro

lado, el lugar de proveedor fuerte que debe ser respetado y frente al cual poco sobraría a no ser humillarse.

Esta construcción de orden y jerarquía social tuvo gran fundamento en el dominio territorial, reflejándose en la organización oriunda de los latifundios, aún hoy centrales en nuestra estructuración social. La centralidad que para Oliveira Vianna (apud Sales, 1994, p. 28) resulta menos de sus características económicas, que de las “marcas de prestigio y poder del señor rural. Podría resumirse el sentido de esta expresión en la frase: “en nuestro país o se manda, o se pide” (Sales, 1994, p. 28).

No pretendemos, sin embargo, extrapolar las colocaciones relativas a la ciudadanía concedida más allá de su pertinencia histórica. Como resalta la mencionada autora, estos lazos comenzaron a ser quebrados con el “proceso de expulsión del trabajador rural fuera del gran dominio territorial en la mitad de los años 1960” (Sales, 1994, p. 28), movimiento bastante intensificado en las décadas siguientes. Las transformaciones observadas desde ese momento no nos permiten extrapolar los términos de ésta relación hacia otros contextos socio-históricos; hoy ya bastante modificados y singularizados, principalmente cuando se resalta la intensa urbanización de la sociedad brasileña.

La referencia de éste concepto resulta del cuestionamiento de los efectos de esta experiencia histórica, en las repercusiones y las posibles implicaciones que tal cultura política puede tener en los modos actuales de gestión pública en salud, ya que suponemos que sus características se vinculen mucho al proceso de normalización del sujeto y de la práctica política brasileña. La construcción de estas interrogantes con respecto a las prácticas de gestión en salud busca poner en relevo, por lo tanto, no tanto la noción de gobiernos autoritarios, sino las relaciones sociales autoritarias, de patrones que se revelan íntimamente imbricados en la inviabilidad de los principios del republicanismo y del liberalismo, formalizados en la modernidad a través de la estructura del estado de derecho. Como destaca Marilena Chauí, la sociedad brasileña es

[...] una sociedad en la cual las diferencias y asimetrías sociales y personales son inmediatamente transformadas en desigualdades, y estas, en relaciones de jerarquía, mando y obediencia (situación que va de la familia al Estado, atraviesa las instituciones públicas y privadas, trasciende la cultura y las relaciones interpersonales). [...] Todas las relaciones tornan la forma de dependencia, de la tutela, de la concesión, de la autoridad y del favor, haciendo de la violencia simbólica la regla de la vida social y cultural. Violencia aumentada e invisible bajo el paternalismo y el clientelismo, considerados

naturales y a veces, exaltados como cualidades positivas del “carácter nacional”. (Chauí, 1993, p. 54)

Este cuadro nos permite suponer que históricamente se delineó una diferenciación entre las condiciones y formas de ejercicio de la ciudadanía, erigida sobre la inmensa distancia entre aquellos que ejercen y deciden los términos de la acción política, y aquellos que son incorporados a ella por extensión y concesión. Aunque se tome como referencia el concepto liberal y procedimental de la democracia (Dahl, 2001), se constataría que la práctica política en Brasil presenta a lo largo de su historia claros indicios de que hubo una inmensa concentración de su ejercicio, aunque la comparación sea referida a parámetros de representatividad formal.

De esta forma, esta perspectiva de análisis nos ayuda a colocar como cuestión, en el contexto de la consolidación del SUS, la demarcación simbólica de una jerarquía social fundada en una extrema polarización, que se elabora en la permanencia de patrones sociales autoritarios, pertinentes no sólo al ámbito político (en sentido estricto y controversial), sino también al conjunto de las relaciones sociales: familiares, de convivencia, de trabajo.

### **Los patrones institucionales y la materialización del derecho a la salud**

Como mencionamos anteriormente, el proceso de organización y consolidación del SUS ha evidenciado diferentes aspectos problemáticos en la gestión de la política de la salud, que son directamente pertinentes a la estructura institucional que conforma el SUS y su inserción en un conjunto de relaciones de poder característico del Estado brasileño. Paim y Teixeira (2007), destacaron que, además de los problemas de financiamiento público y de la consecuente presión por la minimización de sus costos (Trevisan, 2007), el sistema de salud enfrenta un conjunto de problemas de gestión, como “la falta de profesionalización de gestores, la discontinuidad administrativa, el clientelismo político y la interferencia político-partidista en el funcionamiento de los servicios” (Paim y Teixeira, 2007, p. 1.820), que inciden de forma negativa en la sustentabilidad política y social de sus proyectos e iniciativas. Consideramos que los problemas que han marcado este escenario son potencializados por la significativa dificultad que las relaciones institucionales que configuran el SUS han revelado al romper con dos características históricamente hegemónicas de la política de salud: la fragmentación y la centralización normativa.

Como herencia de larga data, la fragmentación fue uno de los principales problemas que la reforma del sector instituida con la Constitución de 1988

buscaba superar, notoriamente la división entre la asistencia y prevención, materializada en la separación institucional de la política de la salud, antes vigente, entre el Ministerio de la Previdencia y Asistencia Social y el Ministerio de la Salud. La noción de atención integral fue por tanto evocada como referencia y horizonte de esta superación, ganando posteriormente muchos otros signos, incorporados en el término integralidad.

La fragmentación, que se presentaba claramente en la estructura del poder ejecutivo en su división en los dos ministerios mencionados poseía muchas otras facetas, con las cuales el SUS precisó y aún precisa lidiar. Desde las complejidades de las relaciones inter-federativas, pasando por el financiamiento, por la diversidad de formas de contratación de sus profesionales, por los mecanismos de registro y producción de la información de la salud, y llegando al proceso de trabajo con los equipos en la atención y en la gestión del sistema, la fragmentación puede ser observada como una obstinada sombra, que acompaña la implantación de las políticas y programas de salud.

La centralización normativa (Guizardi, 2008), por su lado, es expresión de la tendencia de concentración en la gestión federal de la capacidad de definición y conducción normativa de la política pública, aspecto característico del Estado brasileño, que desde la década de 1930 implantó una serie de medidas y reformas administrativas orientadas por el objetivo de fortalecimiento del gobierno central. Esta tendencia encontró su período culminante en los largos años de la dictadura militar, entre 1964 y 1985, cuando su dimensión autoritaria se reveló de forma clara y contundente. Así, la restricta experiencia de descentralización iniciada por los gobiernos populistas de la década de 1950 y comienzos de 1960 fue rápidamente reconducida en los gobiernos militares, “que fortalecieron más aún las estructuras centrales, creando una autonomía sin precedentes, en la historia de la burocracia del continente a nivel federal de la administración pública” (Marsiglia, 1993, p. 94).

Retomando la historia del poder ejecutivo en Brasil, podemos observar el extenso recurso en la decisión tecnocrática y autoritaria, que posibilitó la concentración en su esfera de actuación de gran parte de las decisiones políticas relevantes. Estas características le generó el apodo de Ejecutivo imperial, ya que, en virtud de su inmensa fuerza política, poco cambió en el contexto de transición entre períodos autoritarios y democráticos en la historia de Brasil:

Por un lado, durante los períodos democráticos hubo un reducidísimo control de la opinión pública sobre las decisiones del Ejecutivo. Por otro, la existencia de una enorme tradición de

concentración de poder en las manos del Ejecutivo, así como la utilización del clientelismo como mecanismo de sustitución del debate público, permitió la forma semilegal del autoritarismo que vino a prevalecer en Brasil, una forma en la que un congreso con prerrogativas limitadas convivió con un ejecutivo cuyo control nunca fue cuestionado. (Avritzer, 1994, p. 292)

La implantación del SUS no escapó de esta tendencia de centralización normativa, que tiene como mayor indicador la concentración del financiamiento en la esfera federal y la tradición de inducción financiera para promover la adhesión de otros entes federados a las políticas públicas propuestas. En muchas ocasiones y contextos, frente a la cultura y a las prácticas políticas oligárquicas y patrimonialistas que prevalecieron en la relación de nuestras élites con el aparato del Estado, la opción por la centralización normativa fue comprendida y justificada como tentativa para garantizar la efectividad del SUS en un escenario inhóspito, marcado por políticas neoliberales y por una asistencia pública a la salud fuertemente mercantilizada.

La normalización y la racionalización de las prácticas fue, en esta trayectoria, fuertemente identificada con el proyecto de reforma sanitaria, como camino improrrogable para la construcción de otro modelo asistencial, determinando en consecuencia las formas de gestión de las políticas de salud y la especificidad de las responsabilidades que configuran la inserción institucional del gestor. (Guizardi, 2008, p. 209)

Con esto, el SUS pasa a ser un sistema de salud de corresponsabilidad de las tres esferas de gobierno, donde el pacto de las responsabilidades, particularmente en lo que respecta al financiamiento, ha sido objeto de muchas controversias. Hegemónicamente, hay una fuerte centralización en la esfera federal de los procesos de formulación de las políticas, así como del recibimiento de los recursos financieros que posibilitan su materialización. A los estados y municipios corresponde ejecutar las políticas detalladamente delineadas por el Ministerio de la Salud,<sup>1</sup> siendo la transferencia de recursos condicionada a esta ejecución. Con base en la suposición de incapacidad técnica de las demás esferas de gobierno, el Ministerio de la Salud ha operado la dirección de las políticas de salud sin fortalecer el desarrollo de la autonomía local y, principalmente, la

---

<sup>1</sup> Estas políticas son generalmente aprobadas en pactos con las representaciones de las secretarías estatales y municipales de salud. No será necesario decir que, además de la representación de 27 estados y más de 5.500 municipios no lograr representarlos efectivamente, las relaciones de poder entre el Ministerio de la Salud y los representantes de las demás esferas son extremadamente desiguales.

ampliación de la participación política en los procesos de formulación y gestión de estas políticas, restando, en el límite, la alternativa de “control social”, como prerrogativa de fiscalización de la distribución y aplicación de los recursos. Esta es la forma como, en general, las políticas de salud fueron desarrolladas en los últimos 25 años, con base en una separación entre los procesos considerados técnicos y políticos en su estructuración.

Se resalta además, conforme análisis de Arretche (2004), el formato concurrente de la mayor parte de las políticas sociales brasileñas, en la medida en que, en la Asamblea Nacional Constituyente, todas las propuestas que combinaban la descentralización de las atribuciones con la descentralización de los recursos fueron derrotadas.

Así, cualquier ente federativo estaba constitucionalmente autorizado para implantar programas en las áreas de la salud, educación, asistencia social, habitación y saneamiento. Simétricamente, ningún ente federativo estaba constitucionalmente obligado a implantar programas en estas áreas. (Arretche, 2004, p. 22)

Para la autora, esta especificidad inscrita en la Constitución genera “superposición de acciones; desigualdades territoriales en la provisión de servicios” (Arretche, 2004, p. 22). De este modo, en el caso de la salud, el gobierno federal, a partir de la legislación y ordenanzas, tiene el poder de formular, coordinar y, principalmente, financiar las políticas de salud que serán desarrolladas a nivel local, rompiendo con la idea de aproximación de la gestión con la realidad local de los ciudadanos, uno de los ideales de la reforma sanitaria.

### **La mediación en la construcción del derecho a la salud**

A pesar de los problemas expuestos con relación a la trayectoria de la consolidación del SUS, existen numerosas experiencias desarrolladas a nivel de la práctica de los servicios que expresan la ampliación de la noción de los derechos. En nuestras últimas investigaciones hemos encontrado evidencias que nos permiten comprender el derecho como elemento de mediación de transformaciones sociales, a partir de la idea del profesional de salud como un mediador facilitador. Así, es fundamental comprender los procesos de conversión del derecho en práctica operados por los profesionales de la salud.

Es importante dejar claro que no estamos depositando en los profesionales toda la responsabilidad de la garantía del derecho a la salud en Brasil. Ciertamente, como presentamos anteriormente, otros elementos como recursos financieros suficientes para infra-estructura y salarios son igualmente

fundamentales. Sin embargo, se debe reconocer que aún en una situación de plenos recursos, el trabajo profesional es fundamental para el funcionamiento de los servicios. En muchos casos en el cotidiano de los servicios de salud, el trabajador tiene el poder de definir si un derecho será garantizado o no, si será un nuevo derecho, o si será una negación a la atención de demandas sociales.

Marilena Chauí, al tratar de la sociedad brasileña, evidenció que diversos trazos autoritarios en la forma de relacionamiento entre el Estado y la sociedad permanecen actuales. Para ella, Brasil:

Es una sociedad autoritaria en la que las diferencias y asimetrías sociales y personales son inmediatamente transformadas en desigualdades, y estas, en relaciones de jerarquía, mando y obediencia (situación que va de la familia al Estado, atraviesa las instituciones públicas y privadas, confronta la cultura y las relaciones interpersonales). Los individuos se distribuyen inmediatamente en superiores e inferiores, aunque alguien superior en una relación se puede tornar inferior en otra, dependiendo de los códigos de jerarquización que rigen las relaciones sociales y personales. Todas las relaciones toman la forma de dependencia, de la tutela, de la concesión, de la autoridad y del favor. Haciendo de la violencia simbólica la regla de la vida social y cultural. Violencia incrementada al ser invisible bajo el paternalismo y el clientelismo, considerados naturales y, a veces, exaltados como cualidades positivas del carácter nacional. (Chauí, 1993, p. 54)

Así, lo que media las relaciones sociales, inclusive en el ámbito del Estado, son las diversas violencias simbólicas, pautadas en prejuicios, jerarquizaciones, autoritarismos y clientelismos. Al contrario de esto, las prácticas de la salud al adoptar la referencia del derecho como mediación construyen la posibilidad de transformación de las situaciones de inequidad social. El derecho pasa, así, de un riguroso agente subyugador a una referencia de actuación política. Al final, la actuación en el ámbito de las prácticas en salud también es una acción política, que puede tanto contribuir con la creación de prácticas excluyentes, como crear una esfera pública inclusiva que se encuentre pautada por el respeto al otro.

En ese sentido, la comprensión del derecho debe ir más allá del entendimiento de su legalidad. El derecho tal como es concebido hoy, como “técnico”, “neutro” y “apolítico” desempeña un importante papel de mediar todo un complejo sistema de exploración y dominación. En esta comprensión no importa el contenido del derecho, en la medida en que su producción es fruto

de una técnica neutra, es decir, el derecho postulado sería el mejor resultado de la aplicación correcta de un conjunto de procedimientos legales. Al contrario de esto, defendemos que no es sólo la legalidad del derecho lo que debe buscarse, es decir, no basta la justificación normativa de su creación, importa, principalmente, la legitimidad del derecho en lo cotidiano de los ciudadanos.

Las prácticas de salud evidencian aspectos de esta legitimidad del derecho que nos llevan a reconocer el valor del humano como referencia de actuación política. Al contrario de neutro, esta forma de comprensión del derecho debe ser interesada en la transformación de las inequidades y de las injusticias, reconociendo el papel político de los actores sociales. Conforme afirmamos, el derecho debe ser comprendido como anhelo, y no como algo ya ocurrido.

## **Derecho y justicia en los procesos de democratización en salud**

Es importante en este momento hacer una distinción entre derecho y justicia. Comprender la justicia como mera aplicación del derecho se constituye como una lectura fundamentalista. Por el contrario, la práctica de salud mediada por el derecho debe buscar promover la justicia. La justicia efectiva es inventada a partir de la acción de los profesionales de salud. Una determinada política puede buscar la justicia, pero solo es materializada en la práctica. Asimismo, como resalta Sen “preguntar como las cosas están yendo y si ellas pueden ser mejoradas es un elemento constante e imprescindible de la búsqueda de la justicia” (2011, p. 117). Esta postura es fundamental en la garantía de los derechos en la actual conformación social, ya que parte del reconocimiento de las diferencias y especificidades de las personas.

Sen llama la atención para la importancia de la “posicionalidad de la observación y del conocimiento” (2011, p. 188). Este autor ilustra su pensamiento a partir de la siguiente declaración “el Sol y la Luna parecen semejantes en tamaño” (2011, p. 188), lo que significa decir que, con la distancia, creemos que cosas completamente diferentes son iguales. En el caso de la política esto es muy evidente, la distancia que se habituó tener entre los formuladores de las políticas que buscan garantizar derechos y sus destinatarios es tan grande, que muchas veces parece que el destinatario era otro. En las sociedades como la nuestra, en un país de extensión continental con gran diversidad de problemas sociales, las políticas tienden a homogeneizar a la población. Esto nos hace recordar la famosa máxima de Mark Twain: “quien sólo tiene un martillo piensa que todo es clavo”. Buscar la justicia efectiva requiere ocupar otros lugares, mirar y construir junto con la población políticas cercanas a sus necesidades.

Sin eximir de críticas a los formuladores de políticas, defendemos que los profesionales de salud tienen gran responsabilidad en este cambio de perspectiva de mirar, su cercanía a los ciudadanos tiene que ser utilizada como garantía de realización de una buena política.

En el artículo titulado “Democratização e sociabilidade na saúde: uma proposta de investigação científica” (Machado, Lacerda y Guizardi, 2012) defendimos la necesidad de “analizar de qué forma y en qué grado los derechos son garantizados y como los procesos de interpretación de los derechos, mediados por los trabajadores, gestores y ciudadanos, ayudan o dificultan la materialización de estos derechos” (Machado, Lacerda y Guizardi, 2012, p. 96). Así, uno de los locales posibles para visualizar la garantía de tales derechos es a “nivel de lo cotidiano de las prácticas de los servicios de salud” (Machado, Lacerda y Guizardi, 2012, p. 96).

## Consideraciones finales

Reconocemos que la actual fase de desarrollo de las políticas públicas en Brasil implica en la no garantía del conjunto de los derechos sociales para toda la población. Esta premisa ha pautado la definición de prioridades de los gobiernos. Sin embargo, gran parte de estas prioridades no es compartida por el conjunto de sujetos que serían destinatarios de las políticas. Este es un tema que recibe bastante atención por los analistas sociales. Amartya Sen, a pesar de ser un autor reformista, con la extensión de su pensamiento restringido a la actual forma del liberalismo democrático, reconoce la importancia de invertir en la lógica de aplicación de los recursos financieros del Estado hacia áreas tradicionalmente desconsideradas, enfatizando resaltando que el éxito de algunos países, como Japón, por ejemplo, se debe al hecho de haber buscado “comparativamente con tiempo, la expansión en masa de la educación y, luego, también de los servicios de salud, y lo hicieron en muchos casos, antes de romper las ataduras de la pobreza generalizada” (2011, p. 62). Al contrario de esto, destaca el autor, países como Brasil presentaron gran crecimiento económico, pero no lograron resolver problemas estructurales de salud y educación. ¡Estamos frente a un aspecto claro de definición de prioridades! Brasil optó por crecer económicamente a costa de los derechos sociales. No se debe olvidar que los últimos gobiernos han producido sistemáticamente un *superávit* primario, basado en las contribuciones sociales, para pago de la deuda pública. Apuntar este aspecto estructural es fundamental para comprender los límites de la garantía de los derechos en Brasil. Si existen experiencias positivas, se deben a un cam-

bio de lógica (y de perspectiva en la observación del problema) que prioriza la búsqueda por la justicia.

Se tiene, por lo tanto, una situación que exige la creación de nuevas formas de garantía de derechos: tanto en el sentido del ciudadano que busca arrancar del Estado sus derechos, como en el sentido inverso, del Estado que busca crear condiciones para alcanzar sujetos que hace mucho tiempo se encuentran en el margen de los derechos. Estamos frente a dos itinerarios con sentidos opuestos, pero que pueden encontrarse de forma positiva, creadora. Conforme venimos defendiendo, la garantía de los derechos en la práctica de los servicios ocurre a partir de procesos de interpretación de tales derechos. Todos interpretan y todos tienen expectativas: ciudadanos, profesionales y gestores. Se tiene, de esta manera, diversos escenarios posibles, el mejor de ellos, es la sintonía entre las interpretaciones sobre el derecho entre los ciudadanos, los profesionales y los gestores.

La referencia a la idea de itinerario gana materialidad al comprenderlo como un proceso de cambio, como la creación de caminos y trayectos que llevan de un lugar a otro. Así, los itinerarios se refieren a los diversos caminos que son necesarios recorrer para alcanzar el derecho a la salud; y a los mecanismos políticos desarrollados por el Estado para la propuesta de una política pública de salud que efectivamente busque garantizar el derecho de los ciudadanos.

Algunos autores han demostrado (Amartya Sen, por ejemplo) que la inversión en las áreas de los derechos sociales como la educación y la salud, puede generar una libertad sustantiva para el individuo vivir mejor. Estas áreas son importantes no sólo para la conducción de la vida privada, sino también para una participación más efectiva en actividades económicas y políticas. Noret y Selznick (2010) también afirman la necesidad de una posición mínima de igualdad y desarrollo social, tales como salud, y educación universal de calidad, para que el derecho pase a dar respuestas efectivas a los aspectos sociales. Gran parte de la sociedad brasileña aún carece de condiciones para exigir la legalidad de los fundamentos constitucionales presentes en la Carta de 1988. El Estado brasileño tiene una inmensa deuda social para pagar con los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

Se debe recurrir al texto constitucional para enfatizar los principios de la llamada Constitución Ciudadana. La Constitución recibió este apodo porque buscaba garantizar el pleno ejercicio de la ciudadanía y también una serie de derechos – tales como educación, salud, previdencias, disfrute y vivienda – que permitirían a los individuos ejercer plenamente tal ciudadanía. Sin embargo,

el Estado brasileño no viene garantizando esta gama de derechos a los ciudadanos. Ciertamente hubo muchos avances, sería ingenuo y ciego negar eso. No obstante, al mismo tiempo, aun es posible vislumbrar un largo camino por delante, que puede o no ser recorrido. Asimismo, debemos observar hacia adelante siempre con los dos ojos en el retrovisor, sin abandonar u olvidar las luchas y conquistas del pasado. No sólo del pasado reciente de Brasil, sino de la propia historia de la construcción de los derechos sociales. Si algunos “beneficios” existen hoy, es porque los ciudadanos se organizaron *políticamente* y los arrancaron del Estado. No fueron el derecho o el Estado los responsables por estas conquistas, sino los propios sujetos actuando colectivamente. Hacer hoy una apología del derecho a la salud sin considerar todo su proceso de construcción es una postura conservadora.

Así, colocar la norma como objeto central de estudio no es productivo. La norma gira en torno a las relaciones sociales y no al contrario. El sujeto de derecho es un sujeto construido históricamente en la base de la lucha, de la movilización y de la acción colectiva de los trabajadores. Este sujeto de derecho es la coronación del hombre capitalista abstracto, poseedor “natural” de la propiedad privada, libertades e igualdades formales. Mientras tanto, la mayoría aplastante de los hombres reales, concretos e históricos no vive la igualdad y mucho menos la libertad. Debemos reconocer, amparados en el pensamiento de Abreu (2008) que la ciudadanía no es una entidad dada naturalmente. Ella existe a partir de las correlaciones de fuerza existentes en el seno de la sociedad. Más que eso, “la ciudadanía aprendida a partir de sus condiciones de existencia no puede ser reducida a una forma súper-estructural de reconocimiento jurídico, moral, simbólico y político de la participación del individuo en la sociedad por medio de prácticas reguladas por derechos y deberes instituidos” (Abreu, 2008, p. 13). Así como el derecho, la ciudadanía existe a partir de su efectivo ejercicio, premisa que debería ser el norte de las políticas públicas que buscan la garantía efectiva del derecho en nuestra fase actual de desarrollo social.

## Referencias bibliográficas

- ABREU, Haroldo. *Para além dos direitos: cidadania e hegemonia no mundo moderno*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.
- ARENDDT, Hannah. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2005.

ARRETCHE, Marta. Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, [online], v. 18, n. 2, p. 17-26, 2004. [http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v18n02/v18n2\\_02.pdf](http://www.seade.gov.br/produtos/spp/v18n02/v18n2_02.pdf). (13 Ago. 2013).

AVRITZER, Leonardo. Modelos de sociedade civil: uma análise da especificidade do caso brasileiro. In: \_\_\_\_\_ (org.). *Sociedade civil e democratização*. Belo Horizonte: Del Rey, 1994. p. 269-303.

BRASIL. Constituição Federal. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080/90. In: \_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. V. 5.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Um método para análise e cogestão de coletivos*: a constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CHAUÍ, Marilena. *Conformismo e resistência*: aspectos da cultura popular no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1993.

COHN, Amélia et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991. p. 67-94.

DAHL, Robert. *Sobre a democracia*. Brasília: Editora UnB, 2001.

GERSCHMAN, Silvia. *A democracia inconclusa*: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

GUIZARDI, Francini L. *Do controle social à gestão participativa*: perspectivas (pós-soberanas) da participação política no SUS. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MACHADO, Felipe; LACERDA, Alda; GUIZARDI, Francini. Democratização e sociabilidade na saúde: uma proposta de investigação científica. In: PINHEIRO, Roseni et al. (org.). *Integralidade sem fronteiras*: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj–Abrasco, 2012. p. 89-110.

MARSIGLIA, Regina Maria G. Funcionários públicos, Estado e saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 93-118, 1993.

MASCARO, Alisson Leandro. *Crítica da legalidade e do direito brasileiro*. São Paulo: Quartier Latin do Brasil, 2008.

NONET, Philippe; SELZNICK, Philip. *Direito e sociedade*: a transição ao sistema jurídico responsivo. Rio de Janeiro: Revan, 2010.

O'DONNELL, Guillermo. Transições continuidades e alguns paradoxos. In: REIS, Fábio Wanderley; O'DONNELL, Guillermo. *A democracia no Brasil*: dilemas e perspectivas. São Paulo: Vértice, 1988. p. 41-71.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma Sanitária brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1.819-1.829, 2007.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. *Modelos ideais & práticas eficazes: o desencontro entre gestores & clientela nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social/Uerj, 1999. (Estudos em Saúde Coletiva, 191).

REIS, Fábio Wanderley. Consolidação democrática e construção do Estado. In: \_\_\_\_\_; O'DONNELL, Guillermo. *A democracia no Brasil: dilemas e perspectivas*. São Paulo: Vértice, 1988. p. 13-14.

SALES, Teresa. Raízes da desigualdade social na cultura política brasileira. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 9, n. 25, p. 26-37, jun. 1994.

SEN, Amartya. *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

SOUZA, Celina. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (org.). *Políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 65-86.

TAVARES, Maria da Conceição. Império, território e dinheiro. In: FIORI, José Luís (org.). *Estados e moedas no desenvolvimento das nações*. Petrópolis: Vozes, 1999. p. 449-489.

TREVISAN, Leonardo. Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 237-254, mar.-abr. 2007.



# **Autores**

## **Alda Lacerda**

Médica; doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professora-pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e pesquisadora do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades em Saúde (Nedss/Fiocruz) e do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Lappis/IMS/Uerj).

## **Daniela Thumala**

Psicóloga clínica; doutora em Psicologia e mestre em Antropologia e Desenvolvimento pela Universidade do Chile; membro da equipe de pesquisadores do Programa de Estudos Sistêmicos em Envelhecimento e Velhice da Universidade do Chile; integra a coordenação do Programa de Atenção Psicológica para Adultos Idosos da Universidade Católica Silva Henríquez e da Universidade Católica Alberto Hurtado.

## **Felipe Machado**

Doutor em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz) e pesquisador do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss/Fiocruz).

## **Francini Guizardi**

Psicóloga; doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj); pesquisadora da Escola de Governo em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/Brasília), do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades em Saúde (Nedss/Fiocruz) e do Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Lappis/IMS/Uerj).

### **Gabriel Restrepo**

Sociólogo; escritor; professor da Universidade Nacional da Colômbia; coordenador do GT Novos Saberes Científicos Relacionados com as Artes e as Letras (2011) da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS).

### **José Victor Regadas Luiz**

Doutorando em Ciência Política pelo Instituto de Estudos Sociais e Políticos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Iesp/Uerj); professor-pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz); pesquisador do Núcleo de Estudos em Democratização e Sociabilidades na Saúde (Nedss/Fiocruz).

### **Lenaura Lobato**

Doutora em Ciências–Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); professora associada do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense (UFF); coordenadora do Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais da Universidade Federal Fluminense (NAP/UFF).

### **Marcela Pronko**

Doutora em História Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF); pesquisadora da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), onde atualmente é vice-diretora de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico; coordenou as pesquisas “A educação profissional em saúde no Brasil e nos países do Mercosul: perspectivas e limites para a formação integral de trabalhadores face aos desafios das políticas de saúde” (2007-2009) e “A formação dos trabalhadores técnicos em saúde no Mercosul: entre os dilemas da livre circulação de trabalhadores e os desafios da cooperação internacional” (2011 e 2013), cujos resultados serviram de base para a elaboração das reflexões contidas no artigo publicado neste livro.

### **Marcelo Arnold Cathalifaud**

Doutor em Ciências Sociais pela Universidade de Bielefeld, Alemanha; professor titular e decano da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade do Chile; atualmente é vice-presidente da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS). Suas áreas de pesquisa são teoria dos sistemas sociais (sociopoiesis), epistemologia construtivista, estudos organizacionais, complexidades emergentes e sociedade contemporânea, e inclusão e exclusão social.

### **Nora Garita**

Doutora em Sociologia pela Universidade de Paris X, Nanterre; diretora do Centro de Investigação e Estudos sobre a Mulher (CIEM) da Universidade da Costa Rica; catedrática da Universidade da Costa Rica.

### **Paulo Henrique Martins**

Doutor em Sociologia pela Universidade de Paris I, Pantheon-Sorbonne; professor titular do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); presidente da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS); coordenador do Núcleo de Cidadania e Processos de Mudança (Nucem) da UFPE.

### **Ximena Sánchez**

Socióloga; mestre em Ciências Sociais com ênfase em Modernização Nacional e Comunitária; professora titular de sociologia na Universidade de Playa Ancha (Chile); secretária da Associação Latino-Americana de Sociologia (ALAS); integrante da Comissão Interdisciplinar de Estudos de Gênero, da Universidade de Playa Ancha.

---

Este livro foi impresso pela Editora Universitária - UFPE, para a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, em setembro de 2013. Utilizaram-se as fontes Humanst521 BT e Kabel DM na composição, papel offset 75g/m<sup>2</sup> no miolo e cartão supremo 250g/m<sup>2</sup> na capa.