

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 inhibitoria 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,¹ 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

¹ 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. (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 de-sencontro 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.