

Los Consejos de Salud en Brasil: ¿cuánto hemos avanzado en la concertación de intereses?*

Vera Schattan P. Coelho

Varios autores han venido sugiriendo desde los años 80 que el avance de la democracia participativa depende tanto de la reducción de los costos involucrados en el proceso de movilización política como de la capacidad de coordinación entre las instancias participativas (Fung y Wright, 2002). Los consejos locales de gestión de las políticas sociales, instituidos en Brasil mediante la Constitución de 1988, se enmarcan en esa perspectiva; buscan reducir los costos de participación y están autorizados a tomar decisiones sustantivas sobre problemas concretos. Para reducir tales costos, conceden al ciudadano común la posibilidad de participar en las decisiones sobre políticas públicas contando sólo con su propia experiencia y sin que requiera de experticia alguna¹. Esos consejos deben además actuar de forma coordinada a partir del intercambio de experiencias con instituciones similares y de la supervisión ejercida por instancias estaduais y nacionales.

En el área de la salud, un grupo de médicos sanitaristas² defendió con entusiasmo este proyecto, trabajando activamente para garantizar la creación, a partir de los años 90, de una extensa red de consejos municipales, estaduais y nacionales de salud. Estos consejos deben lograr que los proyectos de gobiernos sean discutidos por la población y, también, trasladar las propuestas de la población a los diferentes niveles de gobierno. Ellos se acogen al principio de la paridad entre, por un lado, representantes de la sociedad civil, que ocupan el 50% de los asientos, y, por el otro, representantes del gobierno, trabajadores de la salud e instituciones prestadoras de servicios, que completan el otro 50%. Actualmente existen más de 5.000 consejos de salud municipales, en los cuales participan alrededor de 100.000 personas. Estos consejos aprueban los planes anuales presentados por las respectivas esferas de gobierno, actúan como cuerpos consultivos y ejercen supervisión³. Es importante observar que aunque el poder legal de los consejos resida principalmente en los ámbitos técnico y administrativo, es en la discusión de las políticas que se espera que ellos adquieran relevancia (Mercadante, 2000).

Los autores que han evaluado el desempeño de los consejos de salud sugieren, de modo general, que estos mecanismos han contribuido de forma bastante modesta ya sea para la incorporación de las demandas de la sociedad civil en la política de salud, ya sea para ampliar el control social sobre esa política. Según ellos, la tradición autoritaria del Estado brasileño, la presencia de una cultura política autoritaria que en muchos casos dificulta reconocer y respetar al otro como ciudadano, la fragilidad de la vida asociativa, y la propia resistencia de los actores sociales y estatales para aceptar participar en esos foros han comprometido la efectiva participación social en el proceso de formulación y gestión de la política de salud (Sposati y Lobo, 1992; Abrasco, 1993; Cohn, Elias y Jacobi, 1993; Carvalho, 1995; Andrade, 1998; Viana, 1998; Carneiro, 2002).

A partir de lo anterior, la participación social, que era esperada como una consecuencia casi natural del proceso de descentralización y apertura política, pasó a ser vista como dependiente de factores socioculturales que están fuertemente arraigados en nuestra historia y al margen del control de los agentes involucrados en la gestión de esa política. Este diagnóstico reubicó la cuestión de la

(*) Documento presentado en el IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, celebrado en Madrid, España, del 2 al 5 de noviembre de 2004. Versión original en portugués: "Consejos de salud: ¿cuánto avanzamos en la concertación de intereses?"

Este artículo recoge resultados de la investigación "Participación e inclusión social en Brasil", realizada por el CEBRAP con apoyo del Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability, del Institute of Development Studies de la University of Sussex.

La autora agradece a John Gaventa, Argelina Figueiredo, Andrea Cornwall, Alex Shankland, Marta Arretche, Suzi Arida, Mariana Cifuentes, Barbara Pozzoni, y al grupo de la investigación "Spaces for Change", los valiosos comentarios y sugerencias. Agradece también a Marcel Pedroso, Carolina Galvanezzi, José Veríssimo y André Mendes la valiosa contribución en el levantamiento y organización de los datos de la investigación.

participación bajo nuevos términos toda vez que la calidad de la participación social pasó a ser interpretada como determinada endógenamente en un proceso de continua realimentación de las desigualdades, ya sea porque los más pobres seguirán excluidos y carentes de recursos para articular sus demandas, ya sea porque los costos de participación seguirán siendo menores para los que tiene más recursos.

Estudios posteriores señalan, sin embargo, que así como en algunos casos el grado de organización de la sociedad civil se comporta como una variable independiente y predefinida, que explica el éxito o el fracaso de los mecanismos de participación social, existen otros casos en que la actuación de la autoridad política es capaz de generar un contexto favorable a la movilización y a la inclusión de los más carentes, y a la organización de un proceso decisorio que incorpora cuestiones de justicia distributiva (Heller, 2001; Tandler, 1998; Boschi, 1999; Abers, 2000; Avritzer, 2003; Marquetti, 2003).

Este breve balance muestra que la existencia de mecanismos formales que aseguran el derecho de la sociedad civil a participar en la definición de las políticas sociales no es suficiente para garantizar esa participación. Pero también muestra que este cuadro cambia con la presencia de una sociedad civil organizada y/o de autoridades políticas comprometidas con la democracia participativa. Lo que aún no está claro es que los mecanismos fueron movilizados por los actores sociales y estatales para transformar instituciones participativas poco efectivas en instituciones capaces de contribuir en hacer valer los intereses de los menos favorecidos. ¿Existen relaciones sistemáticas entre el grado de organización y compromiso de los actores sociales y estatales, la forma de organizar los consejos, y la participación social?

Con el fin de avanzar en la respuesta a esta interrogante son presentados a continuación los resultados de una investigación sobre los Consejos de Salud en la ciudad de São Paulo. En esta etapa de la investigación no se pretendió evaluar si la participación promueve impactos distributivos o mejora la calidad de los servicios públicos de salud, sino investigar bajo qué condiciones esos consejos logran hacer valer principios de organización democráticos y bajar los costos asociados a la participación política de los segmentos que necesitan de los servicios públicos, pero cuentan con escasa capacidad de movilización, conocimientos técnicos y recursos comunicativos.

Los Consejos de Salud en el Municipio de São Paulo

La ciudad de São Paulo se distingue por fuertes desigualdades en la oferta y en el acceso a los servicios de salud (Coelho y Pedroso, 2002). Así como en otras metrópolis brasileñas, las áreas más pobres están localizadas en la periferia, pero son las áreas más ricas, localizadas en el centro de la ciudad, las que reciben más servicios públicos de salud y cuentan con un mayor número de hospitalizaciones⁴. Las áreas más pobres, principalmente las subprefecturas más apartadas del centro de la ciudad, tienen menor acceso a este tipo de asistencia⁵. Entre las excepciones está São Mateus, que estando localizado en un área bastante pobre, cuenta con una provisión de servicios por encima de la media del municipio. Esta área tiene una historia de intensa movilización social y de luchas por una mejor asistencia de salud, lo que sugiere que la movilización política puede contribuir a ampliar el acceso a los servicios públicos. Al igual que São Mateus, otras subprefecturas tienen también una historia de fuerte movilización popular (Bógus, 1998).

En este contexto, el gobierno petista de la prefecta Marta Suplicy apostó que la creación de consejos de gestión de la política de salud podría contribuir a revertir las distorsiones distributivas señaladas. Como consecuencia, existen hoy en la ciudad el Consejo Municipal de Salud, 31 consejos de gestión de la salud, y aproximadamente 321 consejos de unidad que funcionan en los equipos de salud, lo que significa que cerca de 2.500 personas participan en las reuniones mensuales de aquellos consejos.

Este proceso de construcción institucional es sorprendente, sobre todo cuando se toma en cuenta que los recursos financieros empleados en su creación y mantenimiento han sido bastante limitados. Sin embargo, aún se sabe poco sobre la dinámica de participación social en esos consejos y sus conexiones con otras instituciones responsables de la política de salud. ¿Quién participa? ¿Grupos tradicionalmente excluidos? ¿Esos grupos tienen voz en el proceso de discusión y decisión?

¿Quién participa?

A continuación se presentan datos extraídos de la investigación realizada en el Consejo Municipal de Salud y en cuatro consejos de gestión localizados en la Zona Este: el de la Mooca y de la Vila Formosa, que muestran mejores indicadores en ingreso y educación de jefes de hogar, y el de Sapopemba y de São Mateus, que tienen peores indicadores en esas mismas variables⁶. Durante la investigación se realizaron 119 entrevistas, que incluyeron 69 consejeros y 50 líderes de asociaciones; de estos últimos, 28 estaban vinculados a asociaciones representadas en el consejo y 22 a asociaciones que no lo estaban⁷. También fueron entrevistados los secretarios ejecutivos de los consejos. Se hizo seguimiento, incluso, a las sesiones regulares y extraordinarias de los consejos, al proceso de elección de los consejeros y a las Conferencias Municipales de Salud, y se analizaron las minutas, las listas de participantes y los reglamentos internos⁸.

En el Consejo Municipal hay 32 consejeros titulares y 32 suplentes. En los Consejos de Gestión de las subprefecturas hay 16 consejeros titulares y 16 suplentes; y en los Consejos de Unidad son, por lo general, ocho titulares y ocho suplentes. Los consejeros tienen un mandato imperativo, es decir pueden ser identificados con las instituciones y asociaciones que los designaron. El gobierno está representado por funcionarios designados por el secretario de salud, por el subprefecto o por el coordinador de salud de la subprefectura. En relación con los usuarios y los proveedores de servicios, públicos y privados, la definición de los sectores que serán representados y del número de asientos destinados a cada uno de ellos están determinados en las disposiciones internas. Estas disposiciones fueron definidas por los propios consejeros en el momento en que se instauró el consejo, y una vez establecido el reglamento pasó a tener estatuto de ley (Mendes, 2002). Así, por ejemplo, en el Consejo Municipal hay seis representantes de los movimientos sociales, cinco representantes de los movimientos comunitarios, dos de los sindicatos, dos de quienes sufren enfermedades crónicas y un representante de los discapacitados, pero no existe una clara justificación del porqué de esta distribución.

Los movimientos, asociaciones y sectores de la población definen sus candidatos y en una reunión abierta se formalizan los mandatos. Tanto en el caso del Consejo Municipal como en el de los Consejos de Gestión se divulgan las elecciones, y los técnicos del sistema de salud hacen el seguimiento al proceso de designación de los representantes. Este proceso es, no obstante, poco formalizado y casi no existen registros que permitan reconstituirlo. La divulgación de las elecciones aún es bastante restringida ya que ocurre, sobre todo, al interior de la red de salud y por medio de los gestores públicos, quienes informan a las asociaciones y movimientos populares que conocen. Sin embargo, durante el período, buena parte de las doscientas asociaciones⁹ que desarrollan actividades vinculadas a la salud en la región, no fue informada del proceso de escogencia de representantes para los Consejos de Salud.

Las informaciones obtenidas de las entrevistas a 69 consejeros municipales y de las subprefecturas¹⁰ muestran que los representantes de la sociedad civil, aun cuando no estén dentro de los habitantes más pobres de São Paulo, tienen niveles de ingreso y escolaridad significativamente más bajos que los de los representantes de los gestores y de los proveedores que participan en los consejos. Así, por ejemplo, 11 de los 16 representantes de los usuarios de la gestión 2000/2001 del Consejo Municipal de Salud no habían cursado más de ocho años de estudios; pero cinco de los ocho

representantes del gobierno tenían postgrados. En las subprefecturas, sólo uno, entre 42 consejeros de la sociedad civil entrevistados, había llegado a la universidad, aunque no llegó a terminar los estudios.

Entre los representantes de la sociedad civil, 75% eran mujeres. También había un gran número de consejeros municipales con más de 50 años de edad, quienes constituían el 78% del total, y muchos eran jubilados. Entre los 33 consejeros representantes de los usuarios entrevistados en los distritos, 20 votaron o tenían vínculos con el Partido de los Trabajadores (PT), y tres con el Partido Comunista de Brasil (PCB). De los 15 representantes del gobierno, 10 estaban afiliados al PT.

Un hallazgo importante fue el alto índice de presencia de los representantes de la sociedad civil en las reuniones del consejo. En el consejo municipal, durante la gestión 2000/2001, esos consejeros tuvieron un índice de presencia invariablemente más alto que el de los otros sectores sumados (Pozzoni, 2002).

De las 50 asociaciones entrevistadas, 30 existen desde la década de los 80, y entre las que tienen vínculos con los consejos, prevalecen aquellas cuyas actividades están orientadas a fines políticos y de información. De las 22 asociaciones entrevistadas que no mantienen vínculos con los consejos, sólo cinco sabían de su existencia.

La participación en los consejos está siendo garantizada, principalmente, por la presencia de mujeres y jubilados que tienen conexiones con asociaciones que existen desde hace ya bastante tiempo en la región. Esta participación ha ampliado el espacio de diálogo entre grupos sociales que en otra situación difícilmente discutirían políticas de salud. Aun así, cabe recordar que buena parte de las asociaciones entrevistadas que actúan en los distritos estudiados y tienen actividades relacionadas con la salud desconocían las actividades del consejo, y no hay registro de consejeros que no tengan alguna escolaridad.

Esta información sugiere que a partir de los consejos está tomando cuerpo un grupo de “nuevos incluidos” -los “excluidos organizados”-, que llegaron a esta situación, principalmente, a través de los vínculos que mantenían con los actores estatales. Grupos excluidos no organizados, o incluso grupos organizados, pero sin aquellos vínculos políticos, no llegan a participar. Así, junto a esta limitante que surge por la imposibilidad práctica de incluir a todos los sectores de la sociedad civil en el proceso de elegir a los representantes, se sumaron otras dos. Una de ellas, derivada de la forma por la cual se decidió quién debería actuar como representante¹¹, y la otra, del proceso de escogencia de los representantes¹². Ello contribuyó a que se propague un cuestionamiento a la legitimidad de los representantes, pero es importante observar que dicho cuestionamiento deriva mucho más del proceso de selección que se viene aplicando que de la ausencia de asociaciones civiles activas y potencialmente dispuestas a participar¹³. En tal sentido, cabe comentar que después de describir las actividades del consejo ante las veintidós asociaciones entrevistadas que no participan en sus actividades, ocurrió un solo caso de rechazo a priori de participar en sus actividades. Las demás asociaciones manifestaron su interés en hacerlo.

La cuestión de la legitimidad no es sencilla. En la democracia representativa tenemos un principio claro: una persona, un voto; pero aquí estamos pensando en otro tipo de representación que debe tener sus criterios y procedimientos definidos de forma tal que garanticen que los intereses de la sociedad civil organizada y de los grupos que han sido tradicionalmente excluidos del acceso a los servicios públicos de salud, ganen espacios en el proceso de formulación y gestión de la política de salud. Diversos criterios y procedimientos han sido propuestos en ese sentido. Una posibilidad es (1) identificar personas, grupos o asociaciones que representan intereses de alguna manera afectados por las políticas que serán implementadas. Schmitter (2001) describe este tipo de representación, que se aproxima bastante al que se tiene en los consejos, como de “*stake-holders*”. Otros autores sostienen que la representación sea organizada de manera de (2) reproducir el perfil socio demográfico de la población (Fishkin, 1995); de (3) representar las principales posiciones en disputa (Carpini ...[et al],

2003); de (4) hacer uso de principios de acción afirmativa, o de (5) ofrecer incentivos estructurales capaces de promover la participación de grupos vulnerables¹⁴ (Fung, 2003).

Los temas de la representación y de la legitimidad, bastante destacados en la literatura internacional, han tenido poco relieve en Brasil, llamando la atención el desfase que existe entre, por un lado, el dinamismo con que se acometió la multiplicación de los consejos de gestión -ya sean estadales, municipales, distritales o de unidad- y, por el otro, la casi ausencia de debate público en torno a las cuestiones procedimentales envueltas en la construcción institucional de aquellos espacios.

¿Cómo funciona?

Uno de los desafíos que se les ha impuesto a los consejos es la estructuración de sus procesos de trabajo. A diferencia de las decisiones gubernamentales, que son definidas a partir de una rígida jerarquía, o de las decisiones del sector privado, que están orientadas por el mercado, los consejos se plantean como arenas participativas donde se espera que las decisiones sean tomadas con base en un proceso de discusión pública y en el que prevalezca el mejor argumento. El supuesto en este tipo de arena es que los participantes son suficientemente independientes unos de otros como para que ninguno de ellos pueda imponer al otro sus propias soluciones, pero de tal forma interdependientes que todos perderían si no consiguen llegar a una solución (Schmitter, 2001).

La secretaría ejecutiva del consejo es responsable de la organización de las discusiones tanto en el consejo municipal como en los consejos de gestión, y casi siempre es ocupada por un funcionario público de salud. Estos funcionarios se valen de su experiencia personal para organizar el trabajo cotidiano del consejo, lo que ha conducido a la adopción de procedimientos muy variados y que en la mayoría de los casos no son los más adecuados a los efectos de promover la deliberación¹⁵ y la toma de decisiones. Ello ha contribuido al desorden frente a las numerosas solicitudes presentadas por los consejeros, quienes señalan la falta de organización de los debates en relación con el tiempo y los temas. Incluso manifiestan que están siempre denunciando problemas en el funcionamiento del día a día del sistema de salud, pero raramente hallan la forma de organizarse y contribuir a su solución. Igualmente, no se evidenció una mayor capacidad por parte del consejo para desempeñar un papel relevante en el proceso político de discusión y definición de la política de salud mediante la articulación de los poderes Ejecutivo y Legislativo y los diferentes niveles de gobierno. Con el fin de evaluar dicha influencia, fueron analizados dos procesos de gran importancia para la política de salud del Municipio durante el período: la creación de las autarquías y la implantación del Programa de Salud de la Familia (PSF).

El proyecto de las autarquías ampliaba la autonomía administrativa de los hospitales y ambulatorios municipales, los que dejarían de contratar servidores regidos por las normas de los funcionarios públicos municipales y pasarían a contratar por las de la CLT¹⁶. Este proyecto fue presentado por el secretario de salud ante el consejo en marzo de 2001. En el curso de los debates quedó claro que las posiciones del secretario y del consejo no coincidían, y a partir de entonces el consejo fue progresivamente apartado de las decisiones. Este proceso culminó con la aprobación del proyecto por la Cámara Municipal en diciembre del mismo año, sin que el consejo haya conseguido hacer públicas sus posiciones.

En el caso del Programa de Salud de la Familia (PSF), el secretario de salud y los consejos tenían la misma posición favorable a la ampliación, también en aquel mismo año, de su cobertura desde el 7,35% al 35% de la población del Municipio. Esta prioridad no fue, sin embargo, aceptada por la prefecta, quien decidió la desaceleración del programa.

Estos dos procesos evidencian el hecho de que el espacio político reservado a los consejos aún es bastante incipiente. No se trata de esperar que las posiciones de los consejos prevalezcan sobre las del secretario o de la prefecta, sino de reconocer que incluso siendo consultados sobre importantes

decisiones referentes a la política de salud del Municipio, cuentan con pocos recursos políticos para expresar su voz en el sistema político más amplio.

La percepción que tienen los consejeros en cuanto a la influencia limitada de los consejos sobre el sistema de salud no impide que un número significativo de entrevistados describa su participación como gratificante, ya sea porque permite el acceso a personas como ellas, que tienen escasa instrucción, o porque les abre el acceso a nueva información, o porque, incluso, el consejo es percibido como un espacio amigable, diferente de las pastorales, y comprometido con los esfuerzos por mejorar el Sistema Único de Salud¹⁷.

Este cuadro muestra una situación ambivalente en la que los consejos han tenido dificultades para definir una agenda propia, y todavía carecen de voz en el proceso político que define la política de salud; pero que, como contrapartida, han avanzado en el sentido de dar la palabra a aquellos que tienen menos conocimiento técnico y escolaridad.

Diversos autores (Schmitter, 2001; Montoya, 2002; Fung, 2003) argumentan que la capacidad de los foros participativos para contribuir a la definición de una agenda que exprese los intereses de los más desposeídos, puede ser robustecida mediante la utilización de metodologías que promuevan la capacidad de posicionamiento de los participantes que disponen de menor conocimiento técnico y recursos comunicativos. En esta línea, sugieren el uso de metodologías participativas en la que todo el grupo asume rotativamente funciones de liderazgo y coordinación, y donde se planifican y se evalúan colectivamente las actividades. En lo que se refiere al proceso de discusión, Carpini ...[et al] (2003) llaman la atención en el hecho de que éste puede ser organizado bajo dos modelos diferentes. Uno de ellos se basaría en la búsqueda del consenso, mientras que el otro enfatiza en la necesidad de articular las diferencias y promover el conflicto. Según los autores, si bien la discusión fomenta el interés en el debate, termina por favorecer a los grupos con más recursos, por lo que cabe una evaluación caso por caso del modelo más adecuado para cada situación. El contar con facilitadores entrenados en organizar procesos de discusión y de toma de decisiones que aseguren a todos los participantes el tiempo para hablar y expresarse, también puede lograr que el proceso sea más inclusivo.

En relación con la falta de voz en el proceso político, cabría evaluar de manera más cuidadosa los temas que son discutidos en los consejos, ya que todavía existe escasa reflexión sobre la naturaleza de la contribución que ellos pueden brindar para el mejoramiento del SUS. En definitiva, como apunta Fung (2003), algunas áreas se benefician poco de la participación por el hecho de requerir un conocimiento altamente especializado o porque los ciudadanos no cuentan con ningún saber o información distinguible. En aquellas áreas donde los ciudadanos poseen ventajas comparativas en relación con los políticos y los administradores, esto es, en aquellas donde pueden informar sus preferencias y valores, y comunicar el saber local, pueden esperarse beneficios significativos.

Se repite aquí la situación comentada anteriormente: el esfuerzo de multiplicación de los consejos no ha sido acompañado de la necesaria inversión en su desarrollo institucional. Pero en esta área hay una percepción mucho más clara de las limitaciones experimentadas por los actuales consejos, y el movimiento sanitarista propuso hace ya algún tiempo cursos de capacitación para consejeros como una forma de enfrentar las dificultades suscitadas por la asimetría de conocimientos técnicos y recursos comunicativos de los consejeros y de ampliar su participación en los procesos políticos (Carvalho, 1995). La multiplicación de los cursos de formación de consejeros que han sido promovidos por distintas instancias de gobierno es, en este sentido, un intento de enfrentar las limitaciones aquí descritas. En los próximos años se podrá verificar en qué medida dicho entrenamiento ha contribuido a que los consejeros puedan lograr definir formas de organizar el trabajo cotidiano que promuevan tanto la posibilidad de que todos se expresen como la organización de un proceso efectivo de toma de decisiones.

Conclusión

El Sistema Único de Salud (SUS) aún no ha alcanzado una oferta adecuada de servicios de salud -tanto en cantidad como en calidad- dirigida a los sectores más pobres de la población. En esta situación, los consejos fueron depositarios de la promesa de que podrían contribuir a lograr que la política de salud fuera más responsiva a los intereses y prioridades de aquellos sectores, en la medida que se les permitiera la participación en el proceso de formulación y gestión de la política de salud. Estos consejos fueron concebidos como un mecanismo representativo complementario a los ya existentes, y los consejeros debían representar a todos los que son afectados por la política pública de salud, pero en especial a aquellos que, teniendo necesidad de servicios públicos, no han tenido el acceso adecuado a ellos. Este proyecto, que articula la participación social y el mejoramiento del SUS, viene siendo discutido desde la década de los 80 por políticos, profesionales de la salud, burócratas y líderes de la sociedad civil, y ha sustentado la creación, en los últimos diez años, de millares de consejos en todo el país.

El material presentado en este artículo muestra que existe hoy en el Municipio de São Paulo una red de “incluidos en los consejos”, que cuenta con la participación de los “excluidos organizados” que mantienen ciertos vínculos políticos. En este sentido, el proceso de construcción de los consejos de salud en São Paulo se ha sustentado, sobre todo, en la alianza entre asociaciones que tienen una trayectoria de participación política con líderes políticos y gestores públicos vinculados al Partido de los Trabajadores. Los excluidos desorganizados, así como los organizados que no han logrado establecer dichos vínculos, continúan en la mayoría de los casos fuera de una red que, según Côrtes (2002), articula una gran variedad de centros de decisión y de comunidades políticas, que congrega académicos, profesionales y grupos de interés. Estos “excluidos organizados” están representados, principalmente, por mujeres, ancianos y personas de escasa escolaridad que participan regularmente en las reuniones mensuales de los consejos, un foro ubicado al interior del Poder Ejecutivo que disfruta, por ejemplo, del poder de aprobar o rechazar los planes y cuentas anuales presentados por la Secretaría Municipal de Salud.

En esta perspectiva, los consejos aparecen como un espacio donde se encuentran grupos de la sociedad civil, de la burocracia, de los profesionales de la salud y de los proveedores de servicio que difícilmente tendrían otra oportunidad para debatir la política de salud, y donde ha habido un proceso de inclusión de los grupos menos favorecidos. Estos aspectos positivos, sin embargo, no deben ocultar el hecho de que permanecen al margen de esos espacios un número significativo de asociaciones que actúan en las regiones bajo estudio y que tienen actividades relacionadas con la salud, así como los más pobres y analfabetos. Tampoco hay evidencias de que los consejos estén contribuyendo en la formación de una agenda que exprese las prioridades de los sectores más desposeídos o que estén desempeñando un papel relevante en el proceso político que define la política de salud.

Este cuadro muestra, por un lado, el éxito de las autoridades públicas comprometidas con la idea de la participación social que, en conjunto con sectores movilizados de la sociedad civil, lograron organizar un número importante de consejos en un período de tiempo bastante corto, y disponiendo de un presupuesto modesto; y, por otro lado, la falta de capacidad de esos consejos para influir en el rumbo del SUS. Esta situación refleja la falta de concordancia que existe entre el esfuerzo realizado por ciertos grupos para crearlos y garantizar su arraigo institucional al interior del Poder Ejecutivo, y la calidad de las instituciones que han sido creadas. Esta ausencia de concordancia resulta en parte del propio proceso de diseminación de los consejos, realizado apresuradamente y sin mucha preocupación por atender los requisitos de una institución política que pretende reforzar la representación de los sectores más pobres. Por ello, hoy tenemos procesos de escogencia de consejeros muy dominados por ciertas redes asociativas y partidistas, que invierten poco en metodologías de trabajo que favorezcan la inclusión de los más vulnerables en sus procesos de decisión.

Como se señaló anteriormente, parte de este diagnóstico fue hecho hace ya algún tiempo por el movimiento sanitarista, que propuso cursos de capacitación de consejeros para enfrentar las dificultades relacionadas con la asimetría de conocimientos entre los participantes (Carvalho, 1995). También hace ya un tiempo se comprendió la importancia de definir una agenda que pueda beneficiarse de la participación social, pero poco se avanzó en su definición. Los procesos de escogencia de representantes han recibido poca atención hasta el momento. El problema es complejo; distintos autores han propuesto formas de organizar la representación en las instituciones participativas de modo de garantizar la presencia de los sectores más vulnerables (Fishkin, 1995; Schmitter, 2001; Carpini ...[et al], 2003; Fung, 2003). La cuestión de la legitimidad democrática persiste, sin embargo, pues en ninguna de aquellas propuestas se asegura a todos los afectados por la política en cuestión la oportunidad de ver sus intereses representados, lo que puede llevar a una situación en la que se reforzaría la exclusión de aquellos sectores que no estuvieran representados en esos consejos.

Si no fuera por los costos prohibitivos se podría proponer la adopción de elecciones universales como posible antídoto para contener el riesgo de que esos trazos discretos, pero expuestos al totalitarismo, prosperen. En las actuales condiciones, sin embargo, la adopción de elecciones universales para atender a toda la gama de instituciones participativas recién creadas implicaría costos tan elevados que ya de antemano conducirían el proyecto al fracaso. Otra posibilidad consiste en presionar por la democratización de estos espacios, llamando la atención en la importancia de publicitar y formalizar los procedimientos de escogencia de los representantes, y de continuar invirtiendo en la democratización de los procesos de discusión y decisión internos de los consejos. Pero también aquí los costos son altos.

Aquellos que introdujeron la participación social en el proyecto constitucional parece que no se dieron cuenta, al menos en aquel momento, de cuán costoso es la construcción de instituciones que, atendiendo a los requisitos de una institución democrática, sean capaces de bajar los costos asociados a la participación política de los sectores más pobres y vulnerables. Hoy la situación está más clara. Resta saber si los actores actualmente envueltos en este proceso se sentirán motivados y en condiciones de asumir dichos costos. La respuesta se dará en la esfera de la política, pero el esfuerzo realizado en estos últimos años para la construcción de instituciones participativas y las promesas que siguen asociadas a este proyecto autorizan a hacer conjeturas sobre la ampliación del espectro de actores sociales, estatales y políticos motivados a participar en su concreción.

Notas

¹ La adopción en Brasil, a fines de la década de los años 80, de un programa de política social comprehensiva sorprendió a muchos analistas, pues en ese período crecía la apuesta al mercado en cuanto instrumento capaz de mitigar las distorsiones y dificultades experimentadas por los Estados de bienestar en diferentes países del mundo (Cornwall y Gaventa, 2001); así también las distorsiones que existían en el gasto social ya eran bien conocidas en la medida en que parte importante de ese gasto financiaba pensiones, educación universitaria y servicios de salud de alta complejidad dirigidos a sectores relativamente acomodados de la población, y no se lograba promover una mejora substancial en la calidad de los servicios básicos de educación y salud suministrados por el Estado (IPEA, 2001).

² Los sanitaristas organizaron el Movimiento para la Reforma Sanitaria, responsable de la sistematización y movilización en torno al proyecto del Sistema Único de Salud (SUS) que garantizara el derecho universal a la salud a partir de un sistema descentralizado, jerarquizado e integrado.

³ Le corresponde a los consejos de salud municipal, estadual y nacional la aprobación de los planes y cuentas anuales presentados respectivamente por las secretarías municipal y estadual y por el Ministerio de la Salud. Si las cuentas o los planes de la esfera municipal no fueran aprobados por los respectivos consejos, el municipio no recibirá los recursos correspondientes del Ministerio de Salud. Los consejos distritales, que existen en las grandes metrópolis, también prestan asistencia a las

secretarías municipales en la planeación, en el establecimiento de prioridades y en la auditoría de cuentas, pero no tienen poder de deliberación, pues no cuentan con un mandato constitucional para ello.

⁴ Los indicadores de internación hospitalaria fueron calculados a partir del número de habitantes de cada subprefectura que fueron internados, y no del número de internaciones que fueron ofrecidas por los hospitales de esas subprefecturas.

⁵ Se encontró una relación positiva y significativa entre el número de consultas básicas por habitante/año y años de estudio (correlación de Pearson = 0,444) e ingreso (0,337) de los jefes de hogar en los distritos. También se encontró una relación positiva y significativa entre el gasto SUS per cápita y la escolaridad (0,439) y el ingreso promedio (0,421) de los jefes de hogar en los distritos.

⁶ Estos datos fueron extraídos entre 2000 y 2002, cuando la ciudad fue dividida en 41 distritos de salud, que correspondían a los 41 consejos distritales. A mediados de 2003, la ciudad fue dividida en 31 subprefecturas y los consejos distritales fueron absorbidos por aquéllas, y pasaron a llamarse consejos de gestión.

⁷ Las asociaciones que no tenían un vínculo con los consejos fueron seleccionadas del catastro de asociaciones de la Zona Este, suministrado por el Servicio Brasileño de Apoyo a las Micro y Pequeñas Empresas (SEBRAE) a través de un CD, en el año 2000.

⁸ Este material está disponible en el Banco de Entrevistas del CEBRAP.

⁹ Catastro de SEBRAE disponible en CD.

¹⁰ Estos datos se refieren a consejeros de la gestión municipal de 2000/2001 y 2002/2003, y de los consejeros distritales de la gestión 2002/2003.

¹¹ Nos estamos refiriendo, por ejemplo, al caso citado en el texto donde los propios consejeros municipales definieron qué sectores deberían estar representados en los consejos y cuántos asientos debería ocupar cada uno de ellos.

¹² Nos referimos aquí a la escasa divulgación que hubo en la región sobre el proceso de escogencia.

¹³ Una investigación sobre el asociativismo en São Paulo mostró que el 5% de la población participa en asociaciones populares. En las entrevistas se destacó, a su vez, que la mayoría de los líderes de las asociaciones entrevistadas que no participan en el consejo no sabían de su existencia, pero una vez informados se mostraron dispuestos a participar.

¹⁴ Estos incentivos derivan de los bienes que pueden ser ofrecidos a través de procesos participativos, para que sean disfrutados por la comunidad y no individualmente como bienes privados.

¹⁵ Según Dryzek (2001), “la esencia de la deliberación es que los argumentos tanto a favor y en contra de las decisiones colectivas deben ser defendidos ante quienes están sujetos a estas decisiones en términos de que puedan ser aceptadas por estos individuos”.

¹⁶ La Consolidación de las Leyes Laborales (CLT) regula las relaciones de trabajo en el sector privado.

¹⁷ Entrevistas a los consejeros por el proyecto. Banco de Entrevistas del CEBRAP.

Bibliografía

- Abers, Rebecca (2000), *Inventing Local Democracy: Grassroots Politics in Brazil*, Boulder, Westview.
- Abrasco (1993), “Relatório final da oficina: incentivo à participação popular e controle social em saúde”, Brasília, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (Série Saúde e Movimento, N° 1).
- Andrade, I. A. L. (1998), “Descentralização e poder municipal no nordeste: os dois lados da moeda”, en *O orçamento dos municípios do nordeste brasileiro*, J. A. Soares (org.), Brasília, Paralelo 15.
- Avritzer, Leonardo (2003), “O orçamento participativo e a teoria democrática: um balanço crítico”, en *A inovação democrática no Brasil*, L. Avritzer y Z. Navarro (eds.), São Paulo, Cortez Editora.
- Bógus, Cláudia M. (1998), *Participação popular em saúde: formação política e desenvolvimento*, São Paulo, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

- Boschi, Renato (1999), “Descentralização, clientelismo e capital social na governança urbana: comparando Belo Horizonte e Salvador”, en *Dados: Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol. 42 N° 4, Rio de Janeiro, pp. 528-553.
- Carneiro, Carla Bronzo L. (2002), “Conselhos: uma reflexão sobre os condicionantes de sua atuação e os desafios de sua efetivação”, en *Informativo CEPAM*, Vol. 1 N° 3, São Paulo, março, pp. 62-70.
- Carpini, Michael X. Delli; Cook, Fay Lomax; y Jacobs, Lawrence R. (2003), “Talking Together: Discursive Capital and Civic Deliberation in America”, paper presented at the Annual Meeting of the Midwest Political Science Association, Chicago, April.
- Carvalho, A. I. (1995), *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Administração Municipal, Federação dos Órgãos para Assistência Social.
- Coelho, Vera Schattan P. (2002), “Deliberative Fora and the Democratisation of Social Policies in Brazil”, en *IDS Bulletin*, Vol. 33 N° 2, Brighton, April.
- _____ (2004), “Brazil’s Health Councils: the Challenge of Building Participatory Political Institutions”, en *IDS Bulletin*, Vol. 35 N° 2, Brighton, April.
- Coelho, Vera Schattan P. y Pedroso, Marcel (2002), “Distribuição de serviços públicos de saúde no município de São Paulo”, en *Novos Estudos*, N° 64, São Paulo, novembro, pp. 142-152.
- Cohn, A.; Elias, P.; y Jacobi, P. (1993), “Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do município de São Paulo”, en *Revista Saúde em Debate*, N° 38, Rio de Janeiro, março.
- Cornwall, Andrea y Gaventa, John (2001), “From Users to Choosers to Makers and Shapers: Repositioning Participation in Social Policy”, Brighton, Institute of Development Studies (IDS Working Paper, N° 127).
- Côrtes, Soraya M. Vargas (2002), “Participação em conselhos municipais de políticas públicas: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy communities”, documento presentado en el XXVI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Caxambu, 22 a 26 de outubro.
- Dryzek, John S. (2001), “Legitimacy and Economy in Deliberative Democracy”, en *Political Theory*, Vol. 29 N° 5, London, October.
- Fishkin, James (1995), *The Voice of the People*, New Haven, Yale University Press.
- Fung, Archon (2003), “Survey Article: Recipes for Public Spheres: Eight Institutional Design Choices and Their Consequences”, en *Journal of Political Philosophy*, Vol. 11, Malden.
- Fung, Archon y Wright, Erik Olin (2002), *Deepening Democracy: Institutional Innovations in Empowered Participatory Governance*, London, Verso.
- Heller, Patrick (2001), “Moving the State: the Politics of Democratic Decentralization in Kerala, South Africa, and Porto Alegre”, en *Politics and Society*, Vol. 29 N° 1, Los Altos, March, pp. 131-163.
- IPEA (2001), *Boletim Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise*, N° 2, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Marquetti, Adalmir (2003), “Participação e redistribuição: o orçamento participativo em Porto Alegre”, en *A inovação democrática no Brasil*, L. Avritzer y Z. Navarro (eds.), São Paulo, Cortez Editora.
- Mendes, Áquilas Nogueira (2002), “Gestão descentralizada das políticas sociais e democracia local”, en *Informativo CEPAM*, Vol. 1 N° 3, São Paulo, março, pp. 17-26.
- Mercadante, Otávio (2000), “Conselhos municipais de saúde”, en *Informativo CEPAM*, Vol. 1 N° 3, São Paulo, março, pp. 41-44.
- Montoya, Mariana C. (2002), *Political Legitimacy of Deliberative Institutions: the Case of the Family Health Programme*, Brighton, Institute of Development Studies, mimeo.

- Pozzoni, Barbara (2002), *Citizen Participation and Deliberation in Brazil: the Case of the Municipal Health Council of São Paulo*, Brighton, Institute of Development Studies, mimeo.
- Schmitter, Philippe C. (2001), *Participation in Governance Arrangements*, Florence, European University Institute, mimeo.
- Sposati, A. y Lobo, E. (1992), “Controle social e políticas públicas”, en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 4 N° 8, Rio de Janeiro.
- Tendler, Judith (1998), *Good Government in the Tropics*, Rio de Janeiro, Renavam, Fundação Escola Nacional de Administração Pública.
- Viana, A. L. (1998), “Desenho, modo de operação e representação dos interesses do sistema municipal de saúde e os conselhos de saúde”, en *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 3 N° 1, Rio de Janeiro.