

GASTAO WAGNER DE SOUZA CAMPOS

Conferencia Magistral. Patio de la Madera.

“El Derecho a la salud y la construcción de ciudadanía”.

Mónica Fein: Muchas gracias por estar todas y todos aquí. Buenas noches. Seguramente tenemos muchos invitados muy cansados. Los hemos llevado a recorrer gran parte de nuestra experiencia, pero creemos que valía la pena estar en los lugares donde estuvimos, y compartir estas experiencias.

Quiero agradecer la presencia de ustedes y los invitados de otras ciudades y especialmente a Gastao Wagner de Souza Campos por compartir con nosotros esta Feria, que destaca a Rosario entre 237 ciudades latinoamericanas y del Caribe como experiencia ejemplar de gobernabilidad en América Latina. Reconocimiento dirigido al gobierno municipal, pero también al conjunto de ciudadanos y ciudadanas por el esfuerzo realizado en políticas sociales, descentralización, participación ciudadana, inclusión e integración social.

Estamos seguros de que Gastón está aquí por el amor a este ciudad tan significativa en su vida. Porque conoce su influencia en los procesos de gestión en la salud pública en Rosario, y como dice en su biografía Roxana Onoco, porque tiene la manía de insistir en que cambiar el mundo es posible –y sabe– que compartimos esta manía.

Gastón, como aquí se decía, es médico sanitarista, Doctor en Salud Colectiva, Libre docente de la Universidad de UNICAM. Con una importante cantidad de libros publicados, tres novelas. Lo contamos en más de una oportunidad en nuestros congresos de la salud pública. Ha participado en encuentros de nuestro Instituto Lazarte. Tiene lazos profundos entre su trabajo político, literario y teórico. Fue secretario de salud en Camphinas, escribe desde esa experiencia en esa ciudad. Fue Vice-Ministro de salud de nuestro país hermano de Brasil. Gastón fue premiado en el año 2004 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por su aporte a la innovación en gestión, especialmente por su aporte en la participación ciudadana. Podríamos decir que todo esto ya justifica que hayamos invitado a Gastón a estar aquí en Rosario. Pero creemos que hay algo más, que como dice Mario Testa en la presentación en español del libro de Gastón de Souza Campos que tanto leemos en los equipos, que se llama “La salud en defensa de la vida”, que “para entender un autor, sólo hay que leer lo que se dice. La comprensión en cambio, implica tomar un compromiso a favor o en contra con el texto y con el autor”. Dice “se entiende un texto, se comprende un autor creativo, y esa comprensión es la base del compromiso ineludible con la vida”. Por ese compromiso invitamos a Gastao de Souza Campos a compartir este premio en la ciudad de Rosario. Porque nos plantea la necesidad de meternos en una tarea filosófica, teórica, innovadora de cómo recuperar la voluntad de los individuos, grupos o colectividades, de manera de componer un masa crítica apta para construir proyectos nuevos, proyectos alternativos y críticos a las modalidades del discurso dominante. Porque nos propone nuevas formas de dirigir las organizaciones que invierte este sentido dominante para producir sujetos capaces de trabajar en circunstancia con graduaciones de libertad, autonomía y calidad y justicia. Siempre buscando transformarlas, perfeccionarlas, adaptarlas. Porque nos convoca a crear condiciones sociales para que la sociedad experimente los límites de estas contradicciones, buscando y madurando nuevas soluciones. Que nos propone que la necesidad de los usuarios penetre en todos los poros de la organización y habla de nuevas relaciones entre profesionales y pacientes, entre instituciones de salud y sociedad, habla de la autonomía de las personas.

Porque compartimos cuando habla de la falta de voluntad política para pensar, osar y erradicar alguna epidemia o endemia y se sigue argumentando la inevitabilidad de convivir con ella y se cambian los planes para erradicarlas por planes para vigilarlas. Porque plantea la cosa pública, el dinamismo de la salud pública. Que mientras no se mejore la distribución de la renta no se puede esperar de salud pública disminuir con eficacia la morbilidad y mortalidad de problemas evitables. De esta manera, se tiene que pensar una salud pública activa que busque a la comunidad. Que se investigue, descubra procesos mórbicos, pero que sea también capaz de incorporar a los ciudadanos con toda su subjetividad y preconceptos. Por algunas de estas cosas que él escribe en sus libros y porque nos convoca a la participación, al cambio. Porque como él nos dice, nos convoca al desafío de un nuevo modo de andar por la vida, es que le agradecemos la presencia de Gastón en esta Feria aquí en la ciudad de Rosario.

Gastón Wagner de Souza Campos: Gracias Mónica, gracias a toda la Municipalidad de Rosario y todos ustedes por esta invitación y esta recepción muy cariñosa. Yo no puedo ver a nadie (por las luces) entonces no sé si ustedes estarán disfrutando o no...

Yo tengo un respeto muy grande por ustedes, por lo que hacen en la salud, en lo social. Por lo que el gobierno de Rosario tiene hecho en estos años. Rosario es un ejemplo de que es posible –aún en situación de crisis– trabajar en una perspectiva de políticas públicas, de políticas sociales. Respeto tanto a Rosario que hoy estoy haciendo dos excepciones. Una, que me puse corbata y la otra es que escribí lo que voy a presentar –mi discurso–, el primer texto que yo escribí directamente en español, con siete u ocho errores por página, nada más (risas).

El tema que me cabe es la salud pública y la participación comunitaria. Yo voy a hacer una reflexión de nuestra experiencia en Brasil sobre la participación comunitaria y también una contribución de los griegos clásicos al tercer milenio.

Yo creo que ese tema de la participación comunitaria es un tema muy oportuno porque sin dudas hay una crisis de las políticas públicas desde el final del siglo pasado y ahora en el tercer milenio, hay una crisis de eficiencia, de legitimidad, de gobernabilidad, y yo voy a intentar hacer una reflexión sobre la importancia de la participación comunitaria como una salida de las políticas públicas.

El discurso único neoliberal, que se pretendía único, hizo una subestimación importante de las políticas públicas. Al mismo tiempo, cuando reconocía que esas políticas públicas eran necesarias, tiene como receta, una importación de técnicas, de tecnologías del mercado de organizaciones de empresas privadas que, así aplicadas al sistema público de salud y de educación, tenderíamos a resolver esta crisis, a generar eficacia, eficiencia, etc. Pero sabemos que un montón de esas son importantes pero no son suficientes. Porque en las políticas públicas las lógicas de la competencia no es tan fuerte como en el mercado. La lógica central de las políticas públicas es la solidaridad. Del soporte social al vulnerable, al más frágil, al derrotado, que es una lógica distinta a la de la competencia. Pero es necesario cambiar el modelo de gestión de políticas públicas, de sistemas públicos. Esperar un poquito los impases del siglo pasado. Sobre eso mismo voy a hablar, sobre eso mismo estoy hablando.

Es necesario y objetivo comentar dos nuevas dimensiones que se vienen agregando a la tradicional concepción de participación y salud. Una se refiere a la tradición "ágora" y otra a "la paidea". Son conceptos griegos. Aún en los años '50, cuando aparecía el paradigma de la medicina comunitaria, el profesor Carlos Bloch, provocó sorpresa en el surgimiento de recomendaciones para que los equipos de salud estimulen el desenvolvimiento de las comunidades en el proyecto de promoción y prevención. Hasta entonces, la salud pública se proponía intervenir en la gente, sobre la gente. No valoraba mucho la contribución de las personas. Son de esa época, el desarrollo de la medicina preventiva y de una comprensión más amplia sobre las determinaciones del proceso de salud y enfermedad. Al principio, los norteamericanos [Leve y Clarck](#) y después los latinoamericanos con las determinaciones del proceso salud-enfermedad. La teoría de la causalidad múltiple, amplió el espectro del campo de acción de la salud, involucrando nuevas maneras de intervenir sobre la realidad, nuevas responsabilidades y tareas para el sector salud. Entre ellas se destacaba el compromiso con el desarrollo de la comunidad. Una expresión que aparecía en la época. La idea de un sector de la salud, pero una acción intersectorial, con otros sectores para garantizar salud con el desarrollo de la comunidad. Y que agentes de salud ayudaría a desarrollar recursos locales para resolver problemas sanitarios. Estos problemas serían identificados por métodos científicos, dados en la epidemiología y en la planificación. Serían variables, según el territorio y las necesidades de salud.

Se priorizaba la educación de la salud dirigida a grupos vulnerables que deberían ser salvados de su ignorancia por el saber científico. En casos específicos se trabajaba con la movilización de la comunidad en sustitución a los gobiernos remisos a garantizar políticas públicas. Estoy hablando de textos y experiencias de los años 50 y 60.

Algunos estudiosos han criticado el carácter instrumental de esta perspectiva. Argumentaban que estos programas tenían implícito el propósito de controlar ideológica y socialmente, grupos con potencial revolucionario, o simplemente querían utilizar la comunidad como mano de obra barata.

En Brasil se destacó una serie de investigaciones de [Cecilia Donangelo](#) –una de mis maestras– y de [Ceja Roca](#), uno de los fundadores del Sistema único de Salud de Brasil, pero hay un montón de otros investigadores del Brasil. Esta concepción es antigua, pero sigue hasta hoy, y Organismos Internacionales siguen haciendo recomendaciones en esa línea. Otros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud, señalaron algunos límites de estas iniciativas ya que se operaba “bajo el supuesto de que toda la población aceptaría con facilidad las ideas, recomendaciones y prioridades señaladas por las autoridades de salud” (OPS). Los sectores reconocieron la existencia de dificultades para movilizar la comunidad y consolidar sus metas y supuestos. De un modo o de otro desde entonces, el tema de integrar personas de la comunidad a los programas de salud, ingresó en la agenda del campo de la salud pública. O sea, aunque fuera una concepción estricta, implicó en mi evaluación, un engaño en la discusión de salud pública.

En las épocas de las estrategias de salud para todos, en el año 2000, hubo una ampliación de ese marco de referencia estricto. Entre las resoluciones de Alma Ata del 78, hace tiempo, se destacaba como principal estrategia el desarrollo de Atención Primaria, y dentro de ella, se ponía énfasis en una preocupación con la organización y la participación de la comunidad para la construcción de su bienestar. Hago una cita de Alma Ata del 78: “si se destaca que la comunidad debe participar en el análisis de necesidades, debe participar de posibles soluciones e innovaciones en la programación, operación, producción y evaluación de servicios de salud, éste componente incluye también la movilización y utilización de recursos de la comunidad, la capacitación de ésta y del individuo para asumir sus responsabilidades en el desarrollo en los sistemas comunitarios y de servicios de salud (OMS).

Aunque haya en estas deliberaciones la perspectiva instrumental de la participación comunitaria, se observa en éstas resoluciones una avance muy significativo en el sentido de ampliar esta consigna de la participación. Se recomendaba también una intervención de la comunidad directamente en la gestión, no sólo una participación para la intervención instrumental en salud sino también una recomendación de la participación de la comunidad en la gestión. Tanto en el análisis de las necesidades como en la gestión de proyectos y en el funcionamiento mismo de los servicios de salud.

Este componente era una innovación radical. No había tradición de participación comunitaria en gestión, incluso en los países con tradición mas pública de salud, por ejemplo la Unión Soviética, el Reino Unido, Suecia, etc. Se puede argumentar con razón, que son consideraciones muy generales. Sin precisión, y sin una evaluación más cuidadosa de todas las implicaciones políticas y culturales que tendrían en los sistemas de poder y en la lógica organizacional hegemónica en casi todo el mundo si aplicaban estas recomendaciones.

De hecho, la sugerencia de que la gente debe involucrarse en definiciones sobre necesidades de salud, en el funcionamiento del sector, es un reconocimiento implícito que el saber médico epidemiológico no es suficiente para garantizar políticas de salud con eficacia social. Esto no aparece de manera tal en las estrategias de salud para todos en el año 2000, pero al reconocer que la gente tiene importancia en la elección de prioridades, en la evaluación de servicios de salud, se estaba reconociendo los límites del saber científico.

Por otro lado, es también un reconocimiento de que los gobiernos, los profesionales, no deberían seguir solos en la tarea de gerencia del sistema de salud. Y termina por introducir el tema de la democracia directa. Hoy se habla de gobernabilidad democrática, pero en aquel entonces el concepto era el de democracia directa. En las organizaciones involucradas con la salud, es una defensa de la redistribución de las cuotas de poder, hasta ahora concentradas en los profesionales, particularmente en los médicos y en burocracia dirigente de las organizaciones privadas o gubernamentales de salud. **Éste es el efecto ágora, el concepto ágora, cuya mención inició este ensayo.**

Mirando desde hoy es posible pensar la democracia que pretendían los griegos del período clásico de Atenas hace dos mil quinientos años, asentada en tres principios de la democracia griega. Ahora estamos viviendo un

lío tremendo con la crisis de la política, de los modos de hacer política que, de cuando en cuando trato de buscar un soporte en el pasado, entonces tomo a los griegos. La democracia de los griegos tenía tres principios fundametales: el de ciudadanía, el de ágora y el paidea.

El principio de ciudadanía pretendía garantizar derechos políticos, civiles y sociales a las personas consideradas ciudadanas. Infelizmente eran pocos los felices contemplados. Extranjeros, mujeres y esclavos eran excluidos (los griegos eran muy machistas como los brasileros). Era un concepto amplio de ciudadanía, más la inclusión de gente era estricta. El ágora era un sitio donde la gente se reunía para negociar o deliberar sobre asuntos de interés público. Pasó así a designar también, a un sistema político que procuraba garantizar la participación ciudadana en los negocios de las ciudades Estados (había en aquel entonces algunas ciudades Estados), tanto en la elección de sus magistrados y dirigentes, como también en las decisiones mas importantes que afectaría la vida de cada uno de la colectividad. En ese caso se realizaban discusiones sobre temas importantes como por ejemplo, la reforma agraria, guerras, obras públicas, etc. Verdaderas asambleas en las que cada participante tenía el derecho de hablar y de votar. Este sistema no era perfecto. La capacidad de argumentación, de interferir en la composición de la agenda o de articular grupos de influencia era distinta. Y muchos filósofos escribieron sobre estos límites, sobre el sistema ágora de democracia directa. El desarrollo de la escuela de los sofistas tiene mucho que ver con ese proceso. Para los sofistas encantar a los presentes era mucho más importante que buscar la verdad, buscar lo mejor para la comunidad. Con el crecimiento de las ciudades y la construcción de imperios, éste sistema de democracia fue substituído por dictaduras civiles o por emperadores autocráticos. Durante años, siglos, no se experimentó sistemas republicanos. En especial, con espacio de democracia directa como era el ágora.

Con el Renacimiento y la Revolución Francesa, la democracia fue teorizada como representación nacional, regional y local. Tardó mucho en reaparecer la idea de democracia directa. Muchos años después con los teóricos del anarquismo y del socialismo volvió el sistema a la agenda política de movimientos de partidos. Pero es interesante señalar que para esos teóricos todo el sistema de gobierno –como para Vladimir Lenin, por ejemplo – debería ser substituído por una red de consejos (soviets), lo que implicaría cambios políticos muy radicales y profundos, y por lo tanto, difíciles de concretar. Quizás, por estos antecedentes, en los países del socialismo real los cambios políticos no operaron el modo de hacer la gestión en las organizaciones que producían bienes o servicios como era el caso de la salud. Una paradoja.

El pensamiento de izquierda que estaría comprometido en ampliar el poder de los trabajadores y del pueblo en general, no desarrolló métodos de sugerencias que cambiasen la lógica de gestión de las organizaciones. Al revés, Lenin, Stalin y Trotsky y otros próceres del comunismo, escribieron un montón de artículos considerando al terrorismo como el método científico de gerencia ideal para la nueva sociedad que imaginaban construir. Hasta el fin de éstos sistemas en los años 80 de socialismo real del siglo XX, poco se avanzó en ese sentido. Tampoco en el occidente se desarrolló experiencias de gestión participativa a no ser como eventos raros de circunstancias muy especiales. Hubo alguna experiencia de autogestión en la breve y sufrida España de los años 30, alguna cosa en Yugoslavia del Mariscal Tito y se volvió a hablar del tema durante y después de los conflictos del 68 en Francia y en otros países del mundo. El movimiento de análisis institucional y de reforma psiquiátrica de Tosquels, Bassaglia, Lureaux y Guattari, entre otros, volvieron a proponer organismos radicales de participación, incluso de autogestión en las organizaciones de enseñanza de salud.

Entonces, volviendo a la salud, hay un filósofo esloveno que anda recuperando algunos escritos de Lenin, particularmente sus escritos después de la toma del poder del '17 en el siglo pasado y segundo, éste filósofo dice que hay algunas cosas interesantes para el tercer milenio, ya que Lenin era un dirigente abierto. Parece que hay algún comentario sobre los límites en la dificultad de crear una sociedad democrática y de crear un nuevo Estado distinto.

Cuando un organismo de la ONU, organiza una conferencia mundial sobre salud, hablo de ALMA ATA, y con una simplicidad increíble, hace la sugerencia de que los modelos de salud construyen sistemas compartidos de gestión, algo de lo nuevo fue introducido en el reino de los humanos. Algo muy difícil de operar, algo con potencial de cambio que nadie preveía. Es curioso pensar que, al mismo tiempo que se implementaban las estrategias de ALMA ATA y sus desdoblamientos, ganaba espacio en todo el mundo el pensamiento neoliberal

del '80 que era bastante crítico a la expansión de políticas públicas, y como consecuencia la tendencia era atenuar la contundencia de los cambios sugeridos en ALMA ATA. En lugar de implementarse un nuevo modelo de gestión en base a la inclusión de nuevos actores sociales, el camino de los '80 y '90 sería el de la privatización, ya que el Estado sería incapaz de garantizar eficacia y eficiencia. Y de hecho, a partir de los años '80 se tornó clara la crisis tanto del socialismo real como de los sistemas públicos de bienestar en muchos países del mundo. Había un cierto consenso en cuanto a la necesidad de reformas. Los conservadores se aprovecharon de estas debilidades para golpear los sistemas públicos. La izquierda y los socialdemócratas no supieron construir alternativas de reformas que implicasen garantizar espacios de protección social a la competencia insana del mundo y del mercado que se globalizaba a un ritmo impresionante. En ese contexto, se apagó un tanto la dimensión ágora en los debates de los sistemas de salud. Otras reformas ganaron espacios en las agendas. El tema de la descentralización, la focalización de programas, búsqueda de eficiencia mediante la importación de experiencias gerenciales con origen en el campo empresarial privado: calidad total, control de costos y evaluación de resultados. Hubo un desplazamiento de énfasis. La mejora de desempeño de los sistemas, dependerían más de la ampliación de los mecanismos de competencia o de medidas gerenciales de carácter técnico, que de la adopción de algún modelo nuevo con carácter autogestionario o de cogestión. Como si no hubiera ninguna relación entre el desempeño de gestión y política. Como si no hubiera agotamiento de los modos tradicionales de concebir y hacer política pública y gestión de sistemas de servicios de salud, como si no fueran necesarias reformas tanto políticas como gerenciales. Reformas hechas mediante la incorporación en la política o en la gestión de nuevos actores sociales.

Ahora voy a hablar un poco de Brasil. Durante las décadas finales del siglo XX, nació un fenómeno distinto y muy particular. Cuando en casi todo el mundo se desmontaban políticas públicas, en Brasil hubo el momento más potente de su movimiento de democratización y de lucha contra la dictadura militar. En los '80 se generó un potente movimiento de masas que renovó tanto los movimientos sociales como también la composición de los partidos políticos. De eso resultó un fortalecimiento de la izquierda, una renovación de la dirección de los sindicatos y organizaciones populares. Mas, sobre todo, se logró elegir una asamblea constituyente que aprobó una nueva constitución denominada ciudadana porque no solamente garantizaba la democratización de la vida política, más traía avances importantes en los derechos sociales. Dentro de ese contexto se organizó también un movimiento sanitario que no sólo generó una teoría sobre la producción de salud, sino que introdujo un proyecto político que ganó espacio y terminó por incorporarse a la constitución nacional con el nombre de **Sistema Único de Salud (SUS)**.

Esa política tenía elementos comunes con la tradición de los sistemas únicos de salud, con el sistema inglés, cubano y otros. Entendía salud como un derecho de todos y de la sociedad. Se pretendía universal y se proponía garantizar atención integral y gratuita a todas las personas mediante la organización de una red de servicios regionalizados y jerarquizados. Pero tenía también, algunos elementos innovadores, distintos de otros sistemas públicos de salud más antiguos, a saber: que buscaban corregir distorsiones de estos sistemas. Con esta finalidad, se agregaron dos nuevas directrices en la estructura legal del Sistema Único de Salud de Brasil. La directriz de la descentralización en el sistema público. Descentralización sin privatización, y el segundo es gestión participativa con control social de la sociedad sobre el Estado. La descentralización fue construida sin que hubiera privatización de la gestión. Al revés, se operó una descentralización de presupuesto, de responsabilidad y de la atención desde el nivel nacional hasta las provincias y ciudades. Con esto se generó una red nacional de sistemas de salud bajo la gestión de cada ciudad. La coordinación y el soporte de esa red de sistemas locales le correspondía a la nación y las autoridades sanitarias provinciales. Quince años pasaron y ese sistema sigue inconcluso. Hace falta definiciones más claras de las autoridades y de cada uno de los entes de la federación. Y aún no se logró estructurar la regionalización. Hubo una descentralización muy amplia de los recursos para la gestión de provincias y municipios que hoy hacen la gestión de prácticamente toda la red de salud del Brasil.

Estas dos directrices intentaban atenuar la tendencia a burocratizar los sistemas nacionales, en la medida en que acercaba la gestión del poder local garantizando un importante grado de autonomía para que cada ciudad diseñe sus prioridades y proyectos. Como un efecto colateral, se observa hoy, una gran heterogeneidad en la implantación del sistema único de salud en el país. Hubo localidades en donde se avanzó mucho y hubo otras en donde ni siquiera se empezó la reforma sanitaria. Lo interesante de este

ensayo es la importancia que la directriz de la gestión participativa y del control social del Estado ganó en la estructuración del Sistema Único de Salud. La Constitución brasilera ha establecido mecanismos de poder compartido muy novedosos en la administración pública. Se crearon consejos con poder deliberativo en cada gobierno. Estos organismos están, desde un punto de vista formal, arriba de las autoridades sanitarias locales provinciales y nacionales. Todos los planes, programas y presupuestos de salud necesitan de la aprobación de ellos. Los consejos tienen poder para acompañar y fiscalizar la gestión. Su composición es tripartita y está reglada por ley que determina una mayoría de representantes de la sociedad, usuarios del sistema. Una representación de los trabajadores de salud en cada consejo y de los prestadores contratados y otra de la autoridad sanitaria correspondiente. Además, cada dos años hay conferencias municipales y cada cuatro años provinciales y nacionales de salud, encargadas de deliberar sobre los rumbos de estrategias de salud.

Así, remando contra la marea del ajuste económico y de la crisis de los valores de solidaridad y de la idea de soporte social, se desarrolló en Brasil una política pública generosa y que renovaba un modelo de gestión fuertemente central en mecanismos de democracia directa. En parte, eso fue posible en virtud de los antecedentes teóricos difundidos por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y apropiado por el movimiento sanitario brasilero. Además del movimiento en defensa del SUS, siempre ha estado luchando a favor de la democracia en contra de la dictadura que terminó al final de los '80. Hay que considerar el peso que la teoría de la determinación social del proceso salud-enfermedad ha tenido en el movimiento. Y con eso, una correspondiente valoración de la intervención política en la producción de salud. Sin dudas que, el contacto del Movimiento Sanitario Brasilero con teóricos que proponían modos para democratizar la vida institucional, también ha tenido un papel importante en todo este proceso. Quince años pasados, hay ya una literatura que evalúa la participación social en el sistema público brasilero. Hay consejos de salud funcionando en todo el país, el 80% de las ciudades tiene su consejo. Hay investigaciones del Ministerio de Salud indicando que solamente el 30 % tiene un funcionamiento regular con algún grado de autonomía de los respectivos gobiernos. Los demás –casi un 70%– tienen sus miembros indicados por la autoridades y no electos y controlados por el seguimiento social respectivo.

Los Consejos provinciales de las grandes ciudades y el nacional tienen una historia más rica. Interfieren en las prioridades y aprobación de presupuesto y ejercen algún nivel de control sobre el sistema. Hay una cierta institucionalización sobre este movimiento, que se mantiene vivo más por la dinámica de las actividades oficiales –como seminarios, conferencias y otros– con pequeña renovación de los cuadros dirigentes, que por un grado intenso de intercambio con las bases sociales de donde salieron éstos representantes. De cualquier modo, hay un cierto consenso acerca de que, si bien no es un mecanismo de democracia directa, es mejor contar con ellos que quedarse en la dependencia absoluta de los gobiernos cuando se trata de la gestión de las políticas públicas. Es como la democracia, no es perfecta, pero es mucho mejor que la dictadura.

Hay evidencias de que la simple existencia de esta red de espacios de participación, no necesariamente implementa la democracia organizacional al interior de los espacios de salud. Ese es otro problema. La existencia de estas redes de consejos hace control sobre los gobiernos. Es una democratización de las políticas públicas. Pero no hubo una democratización hacia el interior de los programas de servicios de salud. Lo que está previsto en la constitución amplió las posibilidades de la sociedad civil de controlar a los gobernantes. Pero no cambió el rasgo autoritario del modo de funcionamiento de hospitales o de otros programas de salud. No cambia la racionalidad gerencial hegemónica como yo he teorizado. O sea, el dominio del saber médico y la organización taylorista o neo-taylorista de la gestión en salud. Para extender la democracia al interior de los servicios y programas de salud, algunos teóricos (yo entre ellos) hemos propuestos una cierta extensión de esa red de consejos con la creación de consejos locales de salud en cada programa, en cada distrito de salud, involucrando más directamente tanto a los habitantes del territorio de un barrio donde se ubica el servicio, como a los trabajadores del establecimiento. Es una forma de aproximar a los directamente afectados por la forma de prestación. La creación de colegiados internos en cada Departamento o unidad específica de producción que congregue a todos los miembros de los equipos de salud. Consejos con la participación de usuarios de servicios y colegiados como otro espacio protegido en el que los trabajadores de salud puedan discutir y deliberar sobre temas clínicos y de salud pública, sobre la elaboración de modelos terapéuticos y sobre la propia organización de los modelos de

atención. Estos colegiados son importantes porque crea un espacio protegido donde los trabajadores, incluso pueden tratar sobre dificultades y conflictos en su relación con la comunidad y su familia.

Los consejos locales y los colegiados de gestión, han contribuido –donde los hay– a dinamizar este proceso, tanto de movimiento de cambio interno en el sentido de organizarse servicios centrados en los usuarios, como un grado mayor de responsabilidad de los trabajadores en el cotidiano. Así también, han tensionado consejos municipales y provinciales con tendencias a burocratizarse. Ese complejo mecanismo de cogestión no debe ser idealizado. Tiene algunas potencialidades. Particularmente cuando crea una alternativa de cambio en el modo de cómo funciona un sistema público. Pero tiene límites muy claros, no representa la solución para cualquier problema.

El sistema de gestión compartida depende bastante de un poder ejecutivo actuante y con capacidad de liderazgo. O sea, la gestión participativa no elimina la necesidad de competencia gerencial. Los consejos tienen un desafío que es la construcción de su propia agenda, de modo de elegir temas de interés y estratégicos. Entre una reunión y otra, tanto la toma de decisión como la toma de decisiones están a cargo de los dirigentes. No es posible ni conveniente hacer una reunión y discutir sobre todo. La cogestión cambia pero no elimina la acción central de los dirigentes públicos. Tiene incluso, el difícil papel de apuntar a los consejos las inconsistencias y las omisiones de las políticas y proyectos que han aprobado. Escribir sobre esto es fácil pero no es fácil llegar al consejo o a la asamblea municipal de salud. Los dirigentes, incluso tienen un papel de mirar otras experiencias, mirar los límites, apuntar problemas en los propios consejos. Sin eso, el sistema tiende a la inercia y al conservadurismo. No es porque tenemos consejos de participación que el sistema no tiende al conservadurismo y la inercia. Llamamos inercia y conservadurismo cuando somos incapaces de reconocer problemas, errores, límites.

Por otro lado, los dirigentes tienden a confundir el interés colectivo con el de los gobernantes. Tiende a explicar la baja intención de recursos o algún problema de gestión alegando razones de Estado. Y muy frecuente nosotros los dirigentes, confundimos razones de Estado con razones de dirigentes. Hay que discutir esos dos conceptos: hay razones de gobierno y hay razones de Estado. Hay razones de la comunidad, hay razones de la sociedad. La simple existencia de consejos atenúa estas tendencias, ya que obligan a los gobernantes a hacer otro estilo de política. No solo con los políticos profesionales, diputados, sino también construir consenso en torno a sus proyectos con la gente de la sociedad civil y trabajadores de salud.

Involucrar a los trabajadores de la salud en la gestión es también muy importante. En general, su participación tiende a una postura corporativa en defensa de sus intereses profesionales. Es frecuente observar una exacerbación de conflictos entre las diferentes categorías profesionales, en especial, disputas en torno de la tradicional hegemonía de los médicos en los sistemas de salud. La mayoría de las veces los profesionales ven a los usuarios como adversarios potenciales, ya que al defender sus derechos tenderían a explotar a los trabajadores. Aunque sea una manera estricta de mirar políticas públicas es importante para el equilibrio de estos sistemas. Por otro lado, cuando se logra que los trabajadores participen de la construcción de la política, de los proyectos y, particularmente, de los denominados modelos de atención, se observa la construcción de puentes sólidos entre sus intereses específicos y los intereses de los usuarios. En Brasil, la contribución de los trabajadores ha sido decisiva en el Programa de Salud Mental, la reforma psiquiátrica brasilera, en la lucha contra el Sida y la concepción de un programa que ha ganado muchos premios y que trabaja muy bien. En la reorganización de la Atención Primaria (médicos generalistas, enfermeros, los agentes de salud, psicólogos) y hasta inclusive en la reforma de los hospitales, en virtud de la articulación de los trabajadores en un movimiento denominado de humanización del cuidado de la salud. Todo ese movimiento de humanización es una contribución al cambio del modelo de gestión y de organización en los modelos de los hospitales del Brasil. En todos esos casos, la participación trascendió sus limitados intereses corporativos. Los equipos que utilizan ese recurso se transforman en valientes defensores del sistema único de salud y de esos proyectos específicos, buscando alianzas en la sociedad civil y dirigentes gubernamentales.

Los usuarios del sistema tienden a hacer una defensa muy enfática de la ampliación del acceso y de la oferta de servicios. Tienden a la postura de pelear siempre por mas recursos, atendiendo poco a las

necesidades de cambio en el modo de hacer. En general, los usuarios tienden a estructurar sus demandas según el modelo médico hegemónico: más hospitales, más consultas médicas, más cirugías, más fármacos. Es muy importante la interacción de esos reclamos con la contrapartida de los dirigentes y profesionales. En Brasil, se observa que los representantes de la sociedad ubicados en el movimiento sindical, acostumbran guiarse por consignas generales de partidos políticos situados en el espectro de la izquierda que, en el cotidiano, vienen priorizando una defensa muy estricta de planes asistenciales privados específicos para sus asociados. Hacen una defensa general del concepto del SUS, hacen asambleas y en la práctica pelean por acuerdos con aseguradoras privadas para sus asociados. Al revés, representantes de asociaciones de enfermos o de familiares o de movimientos de vecinos actúan con mucha radicalidad, pero en torno de objetivos muy bien definidos. Esto ha sido así en Brasil, en el caso de la lucha contra el sida, la reforma psiquiátrica y otros movimientos dirigidos a patologías específicas.

Como el efecto ágora no garantiza la perfección social, ni elimina todas las injusticias, es importante pensar siempre en perfeccionar los sistemas de gestión compartida. Una manera es el análisis crítico permanente de la manera con que operan estos sistemas y la consecuente implementación de reformas que perfeccionen la democracia. Cambiar las cosas y las estructuras. Otra línea igualmente importante es apostar a la reforma y cambios de los actores sociales, de las personas. Para perfeccionar ese sistema de gestión compartida es siempre importante perfeccionar las estructuras que estimulen y faciliten la participación: cambiar las reglas, el funcionamiento de los consejos, la construcción de agenda. Es muy importante que cambiemos nosotros: los gobernantes, los trabajadores, usuarios, representantes sociales, etc. En esta perspectiva de cambio de los actores sociales, los griegos la llamaban paidea (el tercer concepto). Mediante un proceso de reflexión y de educación continuada, creían los griegos que los ciudadanos se capacitarían para defender sus intereses y participar de mejor forma en el ágora. Con base en ese concepto y en la experiencia de gestión de modelos públicos traté de desarrollar un método que buscara activamente ese tipo de objetivo: el método paidea es una manera entre otras posibles para lidiar con la coproducción de ser y de vivir aprovechando los espacios colectivos organizados en función del trabajo o de la cogestión. Es un complemento necesario para tornar viable el sistema de gestión compartida. Es una condición de gobernabilidad de esos modelos de gestión. Los teóricos del movimiento institucionalista, Tosquels y Basaglia en especial, han verificado que participar en la gestión de organizaciones donde se vive (la familia, el hospital o el centro de salud) tiene efectos sobre la subjetividad, sea tanto para aumentar el control social y la dependencia de las personas o para ampliación del grado de autonomía con que se vive. Hay un posible efecto pedagógico cuando se analiza y se delibera en colectivos. La enseñanza sigue cuando participamos en la gestión, sea organizar la gestión de un proyecto de alimentación en una comunidad (comedor comunitario), sea en un Centro de Salud, la reforma psiquiátrica, etc. Esto siempre tiene un efecto pedagógico y un efecto de cambio en nosotros, de construcción de nuevos sujetos.

El desafío entonces, de esta perspectiva paidea, es integrar en la gestión cotidiana de los equipos de salud, una preocupación con la formación o con la deformación de las personas que trabajan o sufren el cuidado. El método paidea creó una nueva función gerencial, además de la función de coordinación, de planificación, de evaluación, a la cual yo llamé el soporte institucional con el objetivo de ayudar a los equipos de salud, enfermos, grupos o comunidad a ampliar su capacidad de lidiar con la vida. O sea, ampliar su capacidad de analizar el contexto y analizarse así mismo para la toma de decisiones e intervenciones en ese mismo contexto. Para eso es fundamental una ayuda externa. El soporte que traiga elementos nuevos, otras perspectivas, otros intereses y otras experiencias para que los grupos aprendan a componer sus intereses con el de otros, estableciendo contratos honrados por ellos mismos. El método pone atención en el hecho de que el trabajo de toda organización opera con una finalidad triple: la misión es siempre triple. Por un lado se trabaja para otros, para atender a la comunidad, la sociedad, pero siempre se trabaja para uno mismo (la segunda finalidad) y también se trabaja para la reproducción de la organización o del grupo o de las condiciones generales que permitieron la continuidad del propio trabajo.

La gestión compartida es el arte de lidiar con esas paradojas, con esas polaridades, sin jamás negar o procurar aplastar uno de esos tres factores que interaccionan en ese cotidiano. La democracia depende de esa habilidad, de esa posibilidad. Los trabajadores de salud trabajan para producir salud para otros, pero trabajan para sí mismos para garantizar su sueldo, su reproducción como personas, su felicidad, su

realización personal, para crear significado en su propia vida. Y trabajamos para la reproducción del sistema de salud donde trabajamos, para que siga la posibilidad de tener un sueldo, etc. Incluso la reproducción política. Lo que están haciendo ustedes acá ésta noche, están haciendo política. Es por garantizar la legitimación política de los dirigentes, de una política, de un gobierno, de proyectos que permiten mantener el significado de nuestra propia vida.

La función gerencial del soporte es una manera también para que los trabajadores tengan sus derechos. El acceso al centro de salud, al hospital no es infinito. Tiene que haber reglas, tiene que tener límites. Tiene que traer para los trabajadores la realización de ellos, como médicos, como enfermeros, como profesionales. Depende de la posibilidad de curar, de prevenir, de promover la salud, no sólo del sueldo pero también de realizar su función social. Crear un cultura, un clima en la sociedad donde eso sea posible. Entonces la democracia depende de esa habilidad y de esa posibilidad. Así, los trabajadores de la salud no pueden negar sus propios intereses y deseos. Necesitan desarrollar modos para componer esos intereses con la gente que necesita atención en salud. Un modo es construir objetos de inversión de afectos comunes, como es el caso de modelos nuevos de atención que contemplen tanto lo que necesitan los usuarios como los profesionales. Lo mismo pasa con la gente. No pueden ignorar las necesidades que tienen los profesionales de una vida digna y de un trabajo que les brinde un sentido. Los dirigentes están obligados a lidiar con eso. En el modelo tradicional de gestión, los dirigentes intentan someter estos otros actores mediante la fuerza de la ley o de otros mecanismos de control social comunes en la administración de empresas. Es posible gerenciar en la empresa privada haciendo un control con límites muy claros al deseo de los trabajadores y de los usuarios en una lógica del mercado. En políticas públicas es muy difícil eso. En salud es muy frecuente el establecimiento de patrones generales pero también de un espacio para que los equipos identifiquen los distintos riesgos y rasgos en cada caso, tanto colectivos como individuales. Y tengan la habilidad de elaborar proyectos terapéuticos singulares. Sea para la comunidad o sea para cada enfermo.

Además, para muchas sociedades como es el caso de Brasil; y también en muchos lugares de latinoamérica, hay una resistencia muy amplia de profesionales, de trabajadores, de la sociedad civil a someterse de modo completo a dirigentes o profesionales. Hay una aspiración difusa por la libertad. Con base en esa aspiración, Brasil eligió un gobierno de izquierda. Es la mitad de la sociedad. Ganamos con la mitad de los votos. Pero la mitad que nos sustenta, que nos dá soporte político, no acepta la corrupción. Apuesta a la democratización de la sociedad, apuesta que hay que tener políticas públicas. Apuesta a un campo social que, hasta ahora la izquierda, no ha logrado hacer con radicalidad, ni en el socialismo real. Estamos en el camino de eso. Entonces hay una aspiración difusa por la libertad, aún cuando la gente necesite de soporte sanitario o administrativo. Aún cuando necesitamos de soporte tenemos una dependencia de otros. Seguimos luchando por nuestra autonomía y por nuestra libertad. La libertad no significa apartarse del padre, de la madre, del gobierno, del Estado. Necesitamos de soporte, pero lo necesitamos de manera más democrática para lidiar.

Yo hice una reflexión sobre la experiencia brasilera, un poco del recorrido teórico sobre algún concepto de la historia que, yo creo, es estratégico, fundamental para desarrollar políticas públicas, para desarrollar la gobernabilidad democrática. Volver a la discusión sobre la democracia directa sobre nuevas bases. Aprovechando algunos conceptos griegos sobre el ágora, el paidea, pero aprovechando mucho nuestra experiencia, la experiencia de ustedes y las del Brasil. Es posible, hay espacios –por increíble que parezca– para el interés en participar, en hacer la gestión. No es simple ni perfecta, es un proceso continuo de perfeccionamiento. Yo creo que el tema de redistribución de renta, de justicia social está muy integrado al tema de la democracia directa, de la participación social, de la participación comunitaria. La participación como un instrumento en la construcción de salud, la participación como instrumento de gestión compartida, de gestión democrática y la participación como instrumento de desarrollo de nosotros mismos, de la sociedad, de la ciudadanía. Muchas gracias.