

DEMOCRACIA, PODER LOCAL Y CIUDADANÍA EN BRASIL

Sonia Fleury¹

Introducción

América Latina está viviendo un proceso de transformación sin precedentes, que se manifiesta en términos económicos, políticos, culturales y sociales. Estos cambios pueden explicarse a partir de dos ejes de transferencias desde el Estado hacia la sociedad y desde el nivel central hacia lo local. Estos dos ejes se desarrollan, no obstante, en un contexto de globalización de la economía y de profundas transformaciones políticas y culturales que articulan estructuras y procesos supranacionales y subnacionales en una nueva configuración del poder.

Por consiguiente, se están plasmando nuevas articulaciones entre Estado, Mercado y Comunidad en acuerdos institucionales diferenciados, que requieren procesos innovadores de inserción, integración, coordinación y gestión pública.

Como parte del proceso de democratización, asistimos a la recomposición del tejido social, a las luchas contra la exclusión y a favor de la expansión de la ciudadanía. Esta generación de un público social refuerza la sociedad civil y implica cambios en relación con la institucionalidad del Estado.

Presenciamos, aunque de forma fragmentada y a escala local, a la creación de estructuras y procesos estatales capaces de reflejar y de impulsar transferencias del poder político hacia grupos de población, espacios territoriales, esferas administrativas y sectores anteriormente alejados del bloque en el poder. Se están produciendo profundas transformaciones en la relación entre Estado y Sociedad Civil, entre las que cabe destacar la

¹ Profesora de la Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas de la Fundação Getúlio Vargas y miembro del Consejo de Desarrollo Económico y Social del actual gobierno.
Sfleury@fgv.br

<http://www.ebape.fgv.br/pp/peep>

sustitución de estructuras de representación centralizadas y monopolistas por una configuración policentrista, en la cual el proceso de decisión y la puesta en práctica de políticas públicas implican una mayor dispersión del poder con la incorporación de intereses diferenciados en una estructura reticular.

De forma paradójica, esta tensión transformadora convive con estructuras institucionales tradicionales, apoyadas por grupos de las elites políticas y económicas, por prácticas sociales patrimonialistas, clientelistas, corruptas y excluyentes y con nuevas orientaciones políticas que dan prioridad a soluciones a través del mercado y restan competencias y funciones del Estado.

Si el modelo de desarrollo anterior se basaba en el control de un Estado autoritario y en una nación segmentada, generando lo que he denominado Estados sin ciudadanos (Fleury, 1994²), el momento actual se caracteriza por la limitación y la redefinición del papel del Estado, desarrollándose una estructura plural de autoridad que amenaza y solapa la legitimidad central, en la que el poder se desconcentra y se desterritorializa, en la que los vínculos sociales pierden el referente nacional.

Dos macrofenómenos actúan simultánea y contradictoriamente, delimitando las estrategias reformistas de los sistemas de protección social: los procesos de democratización, que sitúan en el escenario público a nuevos actores y nuevas demandas de inclusión social y la crisis económica, las medidas de ajuste y el peso de la deuda externa e interna, que merman los recursos públicos y limitan las posibilidades de respuesta estatal a las demandas sociales.

El calendario de las reformas sociales en relación con estos dos macrofenómenos, así como la importancia de cada una de ellos, explican, en cada realidad nacional, la configuración y la dinámica asumidas como estrategias de reformas sociales (Fleury, 2000³).

² Fleury, S. (1994) – Estados sem Ciudadãos, Editora FIOCRUZ, Río de Janeiro – Traducido al español por Lugar Editorial, 1997, Buenos Aires

El deterioro de las condiciones de vida de las clases medias, la inestabilidad del mercado de trabajo, la incapacidad de las políticas asistenciales destinadas a combatir la pobreza, la ineficacia y la precariedad de los sistemas de atención universalizados, generan, constantemente, nuevas formas de articulación de la población en torno a la cuestión social.

La constitución de actores políticos, formas organizativas, articulaciones innovadoras entre Estado/mercado/comunidad, demuestran que la toma de conciencia y la participación de la ciudadanía se están produciendo en el ámbito de las políticas y de los derechos sociales, reafirmando que ésta sigue siendo nuestra particular vía de construcción de la democracia.

En este trabajo vamos a analizar la experiencia brasileña de descentralización de las políticas sociales, tomando como ejemplo el sector de la sanidad, y a reflexionar sobre sus características, los límites y las posibilidades de consolidación de la democracia y de ampliación de la esfera pública. El caso de la reforma sanitaria brasileña es singular, en la medida en que se inscribe dentro de la lucha por la transición democrática que culmina con la institucionalización del derecho universal a la salud y de un modelo descentralizado y participativo de la organización del sistema único de sanidad. En sentido contrario a las tendencias liberales que han prevalecido a lo largo de las dos últimas décadas en la región, la reforma sanitaria consiguió consolidar un nuevo pacto federativo y social a partir de una política sectorial.

El modelo latinoamericano: centralismo, autoritarismo y negación de la ciudadanía

La constitución del Estado y del poder político en las sociedades del capitalismo tardío de América Latina tuvo como peculiaridad el hecho de prescindir de una cultura burguesa y de una clase burguesa fortalecida para que prevaleciera el proceso de industrialización capitalista. Las consecuencias de la exigencia de construcción de la unidad social a través de lo político se

³ Fleury, Sonia, Baris, E. Bermartino, S. – Reshaping Health Care Systems in Latin America, IDRC, Ottawa.

identifican en la necesidad de una presencia estatal precoz y monopolizadora de la totalidad de la dinámica social. Se trata de una situación en la que las fuerzas sociales no existen antes del Estado, sino que se conforman a partir de la intervención de éste en el proceso económico y social.

La historia de la construcción del Estado Nacional en Brasil se caracteriza por la permanente tensión entre la tendencia a la centralización y fuerzas opuestas que luchan por una mayor autonomía del poder local, con un claro predominio de acuerdos político-institucionales centralizadores. El centralismo se afirmó en el periodo colonial, con la creación de los Gobiernos Generales, como tentativa de la administración portuguesa de mantener el dominio sobre el territorio brasileño, a través de una organización homogénea, incapaz de reconocer la diversidad socioeconómica del país. El carácter unitario y centralizador de la colonización portuguesa se diferencia incluso de la colonización española, que encontró con tribus mucho más organizadas y aceptó las antiguas autonomías, organizando una estructura administrativa a través de virreinos que no se comunicaban entre sí⁴. El centralismo de la administración portuguesa en Brasil se hipertrofió todavía más con la llegada de la corte portuguesa en 1808.

Los historiadores señalan como particularidad del proceso de formación del Estado brasileño el hecho de que el Estado precedió a la Nación, en el sentido de la construcción precoz de estructuras de poder administrativo – durante la Colonia y la Monarquía – que no se correspondían con la escasa complejidad y organización social existente en el país. Sin embargo, este fenómeno generó una situación paradójica de convivencia entre dos tendencias opuestas: el centralismo exacerbado y el caudillismo local⁵. Según Camargo (1992) “fue el acuerdo patrimonial entre una administración centralizada y los grandes propietarios lo que hizo posible, en periodos sucesivos, la consolidación del Estado Nacional brasileño” y concluye que “si la administración imperial no inhibió los abusos del sistema privado en un periodo de extrema centralización,

⁴ IGLÉSIAS, Francisco (1993) – *Trajetória Política do Brasil – 1500-1964*. Companhia das Letras. São Paulo

⁵ CAMARGO, Aspásia (1992) – “A Federação Acorrentana”, XVI Encontro anual da ANPOCS.

tampoco la descentralización republicana impidió el fortalecimiento del sistema público.”

El estado brasileño moderno está profundamente identificado con la “Era Vargas”⁶, periodo de implantación del Estado desarrollista, que va desde la Revolución de 1930 y la instauración del gobierno provisional de Getulio Vargas hasta las décadas finales del siglo XX. Durante este largo periodo, el país conoció momentos de extrema centralización, identificados con los regímenes autoritarios de las décadas de los treinta y de los sesenta, y periodos de mayor descentralización, correspondientes a la emergencia de las presiones a favor de una mayor autonomía local en periodos de vigencia de regímenes democráticos.

Sin embargo, el centralismo del Estado desarrollista se consideró siempre como una condición necesaria, aunque insuficiente, para hacer progresar los mecanismos de redistribución de los ingresos y alcanzar una mayor justicia social, como afirma Coraggio (1991:149)⁷. De esta forma, los actores vinculados a las ideas de progreso también se organizaron centralmente, como en el caso de las organizaciones sindicales y la administración, enfrentándose a los intereses localistas de las clases agrarias oligárquicas. Sin embargo, el proyecto desarrollista se apoyó en las clases urbanas organizadas, incluida la clase obrera industrial, organizadas en una estructura corporativa bajo control estatal, sin haber sido, no obstante, lo suficientemente fuerte para eliminar a las clases tradicionales del nuevo pacto de poder. El periodo desarrollista se caracterizó, por lo tanto, por el juego entre la modernidad autoritaria del poder central y su legitimación basada en el poder retrógrado y patrimonial de las elites locales.

En términos generales podemos afirmar que el desarrollo de la relación Estado/sociedad en América Latina se diferencia por tres características

⁶ Camargo (1992) identifica una era Vargas con Vargas (periodos de los gobiernos de Getulio de 1930 a 1954), una era Vargas sin Vargas (periodo de democracia populista de los gobiernos seguidores de Getulio de 1955 a 1964) y una era Vargas contra Vargas (periodo de los gobiernos militares que, a pesar de ser antipopulistas, sacaron adelante el modelo económico del Estado desarrollista inaugurado por Getulio).

centrales, que actúan de forma sinérgica, cada una de ellas potenciando a las demás, habiendo pasado por regímenes dictatoriales y democráticos, fases ascendentes y descendentes del ciclo económico. Se trata de la persistencia del patrimonialismo, del autoritarismo y de la exclusión.

En el desarrollo de los sistemas de protección social en América Latina, este fenómeno se manifestó a través de la implantación de un régimen de ciudadanía regulada por el Estado, a partir de la inserción del trabajador en el mercado formal de trabajo (Santos, 1979)⁸, como parte del juego populista de cooptación y de integración social y política de las clases populares, bajo el control político de las clases dominantes a través del Estado. Muy pronto, los excluidos por el mercado y por el modelo corporativo de institucionalización de las políticas sociales, como los trabajadores rurales, domésticos y autónomos, conformaron un modelo de ciudadanía invertida (Fleury, 1984)⁹, representada por acciones asistenciales, fragmentadas y discontinuas, asociadas a las prácticas políticas clientelistas.

En ambos casos, los beneficios sociales se distribuyen de este modo como privilegios, por medio de una red de intercambio de favores clientelista, caracterizándose las políticas sociales por la lógica del ejercicio del poder político, a través del cual se materializan estructuras de dominación particularistas y personalistas.

En este sentido, la existencia de poderosos aparatos de protección social en la región, estructurados a lo largo de este siglo hasta la década de los setenta, denotan la necesidad de construcción del Estado en el ámbito de la cuestión social, pero no implican, de forma similar, la constitución de ciudadanos, basados en la existencia de normas igualitarias y en la autonomía de los sujetos sociales.

⁷ Coraggio, José Luis (1991) – ciudades sin Rumbo, Ciudad-Siap, Quito.

⁸ Santos, Wanderley, G. (1979) – Cidadania e Justiça, Editora Campus, Río de Janeiro.

⁹ Fleury, S. (1984) – “Previdência versus Assitência na Política Social Brasileira”, en *Dados*, Vol. 27, nº 3, IUPERJ, Río de Janeiro.

Desde el final de la década de los setenta y durante la década de los ochenta, en el marco del agotamiento del modelo desarrollista de sustitución de las importaciones y con las crecientes tensiones en el seno del pacto corporativo de apoyo del poder, se fue generando un consenso en relación con la necesidad de inserción de las economías regionales en la economía globalizada, supeditado a la reducción del déficit fiscal y de la espiral inflacionaria, a la reducción del tamaño y de las funciones del Estado en relación con su papel proveedor, así como la descentralización, el fortalecimiento del mercado mediante la liberalización económica, el aumento de la productividad y la flexibilización de las relaciones laborales.

La pérdida de poder de los actores tradicionalmente vinculados al pacto corporativo – sindicatos, administración, clase media, militares y partidos políticos – y la aparición de nuevos actores en el escenario político – agencias internacionales, gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales, empresarios – alteró la estructura de poder que había apoyado el proceso de construcción del Estado, en el interior del cual se habían conformado las políticas de protección social durante el siglo XX.

La seguridad social inconclusa en Brasil

A partir de principios del siglo pasado, durante un periodo de cerca de ochenta años, las políticas sociales brasileñas se desarrollaron configurando un tipo de modelo de protección social que sólo se modificó con la Constitución Federal de 1988.

El sistema de protección social brasileño, hasta finales de la década de los ochenta, combinó un modelo de seguro social en el ámbito de la previsión con un modelo asistencial para la población sin vínculos laborales formales. Ambos sistemas se organizaron y se consolidaron entre la década de los treinta y la década de los cuarenta, como parte de un proceso más general de construcción del estado moderno, intervencionista y centralizador, después de la revolución de 1930.

En el periodo de la democracia populista (1946-1963), la expansión del sistema de seguro social pasó a formar parte del juego político de intercambio de beneficios por legitimación de los gobernantes, beneficiando de forma diferenciada a los grupos de trabajadores con mayor poder de negociación. Se trata de un fenómeno conocido como masificación de privilegios y que provocó que se profundizara la crisis financiera y administrativa del sistema de previsión.

Debido a las reducidas inversiones del gobierno en los programas y en las políticas de salud y de educación, la cobertura, en estos sectores, se ha caracterizado siempre por ser muy escasa, incluso si se compara con nuestros vecinos latinoamericanos. La expansión de estos sistemas ha dependido siempre mucho más de la lógica clientelista que de las necesidades y demandas de la población.

La inflexión sufrida por los sistemas y por los mecanismos de protección social a partir de la instauración del régimen burocrático-autoritario en 1964 obedeció a cuatro líneas maestras: la centralización y concentración del poder en manos de la tecnocracia, con la retirada de los trabajadores del juego político y de la administración de las políticas sociales; el aumento de cobertura, incorporando grupos y beneficios anteriormente excluidos; la creación de fondos y contribuciones sociales como mecanismo de autofinanciación de los programas sociales; la privatización de los servicios sociales (en particular la enseñanza universitaria y secundaria y la atención hospitalaria).

El régimen burocrático-autoritario no rompió con las características anteriormente apuntadas, manteniendo la convivencia de los modelos de seguro y de asistencia en sistemas centralizados, fragmentados, ineficaces, superpuestos y sometidos a una lógica clientelista. Sin embargo, adaptó este modelo de política social a los nuevos principios que la han guiado a partir de entonces: financiado por los trabajadores, gestionado por un Estado cada vez más centralizador, fomentando la consolidación de un sector privado de acumulación de capital.

Aunque fue posible incorporar a sectores de población anteriormente excluidos, como las empleadas domésticas, los trabajadores rurales y los autónomos, y se diseñaron determinados programas innovadores en el ámbito de la vivienda, la alimentación y los medicamentos, en poco tiempo tales propuestas pusieron de manifiesto su limitación, frente a su subordinación a la lógica del clientelismo o del ánimo de lucro, en detrimento de la perspectiva de llevar a cabo alguna redistribución por vía de las políticas sociales.

A partir de mediados de los años setenta, algunas iniciativas de reorganización del aparato administrativo de las políticas sociales, como la creación del Ministerio de Previsión y Asistencia Social, dieron lugar al inicio de un periodo de intentos de reformas del sistema de protección social, con el objetivo de garantizar una mayor racionalidad y capacidad de respuesta a las demandas sociales que se presentaban ya como una fuerza en este escenario de tejido social cada vez más complejo y de transición democrática (Oliveira y Fleury Teixeira, 1985)¹⁰

La lucha por la democratización de las políticas adquirió nuevas características y estrategias. Anteriormente confinada a las universidades, a los partidos clandestinos y a los movimientos sociales, pasó a estar cada vez más localizada en el interior del propio Estado. En primer lugar, a partir de las experiencias innovadoras desarrolladas por los ayuntamientos de la oposición elegidos en 1974, lo que permitió poner en práctica nuevos diseños y modelos de gestión de políticas sociales, de carácter universalista y participativo. En segundo lugar, en el seno del Ejecutivo central, con el objetivo de aprovechar la crisis de las políticas sociales y su incapacidad de responder a las crecientes demandas, manteniendo el mismo modelo. La lucha en el seno de estos órganos evitó una respuesta meramente racionalizadora y dio lugar a los procesos de valoración del sector público y a las políticas descentralizadoras e integradoras del área de salud de la Previsión y del Ministerio de Sanidad.

¹⁰ Oliveira, J. y Fleury, S. (1985) – Im-Previdência Social: 60 anos de história, Editora Vozes, río de Janeiro.

En tercer lugar, se produce un fortalecimiento de las capacidades técnicas de los partidos políticos y del Parlamento, que incorporan la problemática social como parte de sus plataformas y proyectos de construcción de una sociedad democrática. Resarcir la deuda social se convierte en un tema central de la agenda democrática, coincidiendo en ello movimientos de diversa naturaleza, como el movimiento municipalista, el movimiento sindical, los movimientos de profesionales como el movimiento sanitario, los movimientos sociales de base, etc.

La asociación entre la lucha por una democracia participativa, con la inclusión de toda la población en sistemas universalizados de protección social y con una organización descentralizada de las políticas y servicios, caracterizó la reforma brasileña de los años ochenta, cuando en los demás países de la región ya padecían las consecuencias del predominio de la ola liberal y sus modelos de reforma social. El fortalecimiento del principio federativo con la orientación descentralizadora incorporó en la Constitución Federal al Municipio como esfera de gobierno con plena autonomía político-administrativa y la obligación constitucional específica de hacer política social y de promover los servicios esenciales. Por consiguiente, su competencia legislativa aumentó, le fueron atribuidas nuevas responsabilidades y se destinaron recursos tributarios a los municipios.

La descentralización política, administrativa y financiera invirtió la tendencia a la concentración de los recursos fiscales a nivel central acentuada en los años de gobierno autoritario (por debajo del 37% en 1967 y por encima del 50% en el periodo 1975-1977) e invirtió la modalidad de traspaso de estos recursos a los niveles subnacionales por medio de transferencias negociadas¹¹. Ya en la década de los ochenta se observaba una progresiva descentralización de los recursos de la Unión hacia los estados y municipios a través del aumento de los porcentajes de participación en el Fondo de Participación de los Municipios, que garantizaba traspasos automáticos de acuerdo con criterios de población y renta per cápita. A diferencia de los recursos transferidos de forma negociada,

¹¹ Jacobi, Pedro (2000) – Políticas Sociais e Ampliação da Cidadania, Editora FGV, Río de Janeiro.

éstos pueden ser gastados como deseen los municipios, reservando un porcentaje del 25% de los ingresos municipales para la educación. La Constitución de 1988 refuerzó esta tendencia, haciendo posible que el presupuesto transferido a los municipios aumentara del 1,76% del PIB en 1988 hasta el 3,46% en 1995.

La acción descentralizadora de los recursos económicos no se acompañó, sin embargo, de una mayor discriminación de competencias en los tres niveles de gobierno, que seguían manteniendo muchas competencias concurrentes y responsabilidades indefinidas. Tampoco se produjo un mayor control de la disciplina fiscal de estado y municipios, una situación que se modificó con una nueva legislación en este sentido promulgada en 2000. Sigue todavía pendiente la necesidad de una reforma tributaria que impida el federalismo predatorio caracterizado por la competición por los beneficios fiscales y financieros practicada por los gobiernos estatales y por la ausencia de mecanismos integrados de desarrollo regional que permitan la reducción de las enormes disparidades entre regiones.

En el ámbito social, la Constitución Federal de 1988 supuso una profunda transformación en el modelo de protección social brasileño, consolidando las presiones democratizantes que ya se percibían hacía más de una década. Se inauguró un nuevo periodo, en el cual el modelo de la seguridad social empezó a estructurar la organización y la configuración de la protección social brasileña, con el objetivo de universalización de la ciudadanía. En el modelo de seguridad social, se pretende romper con los conceptos de cobertura limitada a sectores incorporados al mercado formal y reducir los vínculos entre contribuciones y beneficios. Los beneficios empiezan a concebirse en función de las necesidades, lo que obliga a ampliar la cobertura de forma universal y a integrar las estructuras gubernamentales (como los servicios de salud de la Previsión Social y del Ministerio de Sanidad).

La inclusión de la previsión, de la salud y de la asistencia como parte de la seguridad social introduce el concepto de derecho sociales antes limitados a la población beneficiaria de la previsión, y asume la equivalencia de beneficios

(urbano/rural), la irreductibilidad de su valor, y la garantía de mínimos vitales o niveles mínimos de renta para discapacitados y ancianos.

El nuevo modelo constitucional de la política social se caracteriza por la **universalidad** de la cobertura, el reconocimiento de los **derechos sociales** y la afirmación del **deber del estado** de garantizarlos, la subordinación de las prácticas privadas a la regulación en función de la **relevancia pública de las acciones y servicios** en estos ámbitos, una perspectiva **pública** de cogestión gobierno/sociedad, un acuerdo organizativo **descentralizado y participativo**.

Se intentó diversificar las fuentes de financiación, definiéndose que la seguridad social debía financiarse de forma directa e indirecta por parte de toda la sociedad, y que los recursos debían proceder tanto de contribuciones sociales como de los presupuestos de la Unión, de los estados y de los municipios. Estos recursos debían destinarse al presupuesto de la Seguridad Social, cuya propuesta sería elaborada de forma integrada por los órganos responsables de la salud, la previsión y la asistencia social. Sin embargo, este mecanismo presupuestario nunca funcionó como se había previsto, produciéndose una progresiva especialización de las fuentes de financiación. La disposición transitoria de la Constitución Federal que destinaba el 30% del presupuesto de la seguridad social a la salud nunca llegó a hacerse efectivo, generando una crisis sin precedentes en el sector, con la universalización simultánea de la cobertura y la reducción de los recursos financieros necesarios para ello. El intento de crear una contribución específica y exclusiva para el sector sanitario – Contribución Provisional sobre Movimientos Financieros – también se vio frustrada en la medida en que dichos recursos se utilizaron también para otros fines. Hasta el año 2000 no se aprobó finalmente la Enmienda Constitucional que aseguraba recursos de las tres esferas de gobierno para el sector sanitario, rompiendo más de una década de crisis financiera y de inestabilidad del sector.

El modelo constitucional de protección social introdujo asimismo innovaciones en la organización de los sectores que integran la seguridad social, subordinándolos a dos principios básicos, la participación de la sociedad y la

descentralización político-administrativa. Dicho de otro modo, la nueva configuración de las políticas sociales debía reforzar el doble movimiento de democratización, tanto desde el nivel central hacia el nivel local, como desde el estado hacia la sociedad.

La organización de los sistemas de protección social tenía que adoptar la forma de una red descentralizada, integrada, con control político único y un fondo de financiación en cada esfera gubernamental, regionalizada y jerarquizada, con instancias deliberativas que garantizaran la participación paritaria de la sociedad organizada, en cada esfera gubernamental. El armazón legal se completaría con la promulgación de las leyes orgánicas, en cada sector, que finalmente definirían las condiciones concretas en las que materializarían estos principios constitucionales y directivas de organización.

Sin embargo, la correlación de fuerzas que había favorecido la promulgación de este modelo constitucional había cambiado y la promulgación de las leyes orgánicas sólo fue posible gracias a la rearticulación de las fuerzas reformistas, para presionar y negociar con un gobierno de orientación claramente centralizadora y liberal. La legislación ordinaria promulgada en los años noventa pretende concretar el proceso de descentralización y de cogestión y universalización de las políticas sociales, en un contexto muy desfavorable, en el que la prioridad gubernamental se centraba en la estabilización de la moneda, la reducción del tamaño del Estado y del gasto público y el cierre de las cuentas externas.

La hegemonía del pensamiento liberal impone una nueva agenda de reformas, en oposición al modelo constitucional brasileño, propugnando la intervención mínima del Estado en políticas centradas en los grupos más vulnerables, atribuyéndose la prestación de servicios, de forma prioritaria, al sector privado, con ánimo de lucro o no, intentando aumentar los recursos financieros mediante el cobro a los usuarios. La política social empieza a gestionarse por medio de proyectos, derivados de préstamos internacionales, con la pérdida de la capacidad de organización y el desarme del núcleo pensante de funcionarios estatales.

De forma paradójica, la mayor complejidad del tejido social brasileño, con la aparición de innumerables organizaciones y movimientos populares de base, permite la introducción de nuevos temas en la agenda pública, expresa las demandas sociales que están surgiendo y se constituye como recurso organizativo que produce la condensación de la sociedad civil y el aumento del capital social. Si en los años setenta estos movimientos y organizaciones populares adoptaban una postura ajena y antagónica respecto al Estado, en los años ochenta se integraron en formas más amplias de organización y movilización por la construcción de un régimen constitucional democrático. A partir de los años noventa, se hace más claro para los movimientos y organizaciones sociales que no se trata sólo de reivindicar derechos, sino de ampliarlos mediante su participación en la gestión pública de las políticas sociales (Carvalho, 1998)¹². Este nuevo contexto, en el que Estado, gobierno y sociedad se transforman, requiere nuevos acuerdos políticos y administrativos entre Estado, mercado y comunidad, ya que los movimientos sociales no sólo reivindican derechos sino también participar en la definición y gestión de estos derechos.

Esta tensión está presente hasta nuestros días, quince años después de que se promulgara la Constitución ya se han aprobado 40 enmiendas constitucionales con el objetivo de adaptar los preceptos constitucionales a la nueva realidad de una economía globalizada, a la reducción de las funciones del Estado, a la necesidad de estabilización de la moneda y a la reducción del déficit fiscal. Muchas de estas enmiendas han modificado el texto constitucional en cuanto a la seguridad social, especialmente en relación con la financiación de las políticas sociales y las limitaciones de acceso y el valor de los beneficios de previsión. La seguridad social, como principio de universalización de los derechos sociales sigue inconclusa, tras haber experimentado varios intentos de contrarreforma. Sin embargo, sigue siendo un modelo vigente, en torno al cual se organizan los actores y los movimientos sociales que continúan defendiendo la inclusión social por la vía de la universalización de los derechos

¹² Carvalho, Maria do Carmo – Participação Social no Brasil Hoje, Polis Papers, nº 2, <http://www.polis.org.br/publicacoes/papers>

y beneficios sociales, en contraposición con las políticas y estructuras paralelas destinadas a la focalización social en la lucha contra la exclusión y la pobreza.

Por lo que respecta a los ámbitos de la previsión y la asistencia, se han producido varias modificaciones respecto al texto constitucional de 1988, manteniendo el ámbito sanitario la tendencia trazada y avanzándose en la implantación de un sistema único de salud. La única modificación constitucional ha sido la creación de un mecanismo de financiación para el sector sanitario, garantizando una mayor participación del presupuesto del gobierno nacional, de acuerdo con el porcentaje de incremento del PIB y estableciendo que el 12% del presupuesto de los Estados y del Distrito Federal y el 15% de los presupuestos municipales deben destinarse obligatoriamente al sector sanitario.

Sistema Único de Salud - SUS – Descentralización y Participación

El modelo constitucional de descentralización orientado al municipio y a la sociedad organizada, tiene su expresión institucional más desarrollada en la organización del Sistema Único de Salud – SUS. Fruto de una larga lucha por la democratización, el área de la salud, organizada como movimiento social - el movimiento sanitario – llegó al proceso constitucional con una agenda preparada y socialmente legitimada (Fleury, 1997)¹³. Esta característica de ser una reforma surgida como proyecto social e incorporada como política gubernamental únicamente como resultado de la lucha política explica el mantenimiento de la reforma sanitaria, incluso en un contexto muy desfavorable.

El movimiento sanitario tiene sus orígenes en los trabajos académicos de los años setenta, en torno al debate sobre los determinantes sociales del proceso de salud/enfermedad, enfocándose posteriormente hacia el análisis de los problemas que hacían que el sistema de salud fuese excluyente e ineficaz. Se identificaron como principales problemas:

¹³ - Fleury, S. (1977) – Saúde e Democracia, Editora Lemos, São Paulo

- la dicotomía de las instituciones responsables de la prestación de los servicios de salud, la Previsión Social para sus beneficiarios y el Ministerio de Sanidad para los demás;
- el importante centralismo en la gestión de ambos sistemas de prestación de servicios;
- el enfoque curativo del modelo asistencial de la previsión social en detrimento de las medidas de prevención y de promoción de la salud;
- los incentivos para la formación de un complejo medico-empresarial vinculado a la prestación de servicios de la red de previsión;
- la concentración de la red de servicios en las grandes metrópolis;
- la ausencia de mecanismos de financiación adecuados al sector;
- la ausencia de derechos y mecanismos de participación de los usuarios en el control de las políticas y servicios de salud.

El movimiento sanitario adoptó una estrategia reformista, agrupando a todos los sectores opuestos a la política sanitaria de los gobiernos militares, tratando de construir un proyecto alternativo y de ocupar los eventuales espacios institucionales para la introducción de este proyecto. Ya en los últimos años de los gobiernos militares fue posible impulsar este proyecto de construcción de un sistema público y único de salud, a partir de la crisis financiera de la Previsión Social y de la necesidad de reducir costes mediante el acercamiento de las instituciones de previsión de salud a la red de servicios del Ministerio de Sanidad.

En el proceso de transición democrática y de elaboración de un nuevo marco constitucional, el sector sanitario asume el liderazgo en el proceso de elaboración de un nuevo modelo de políticas sociales que se plasma en el marco legal de la Orden Social en la Constitución Federal de 1988, habiendo inspirado asimismo la organización descentralizada y participativa de otras áreas como la asistencia social, y en menor grado, la educación y el medio ambiente.

Este marco legal, ordenado en el artículo referente a la Seguridad Social de la Constitución Federal de 1988 y en las leyes ordinarias ulteriores (Ley 8.090/90 y 8.142/90) crea el Sistema Único de Salud, basado en las siguientes directrices:

- la salud es un derecho de todos y un deber del Estado;
- garantía de acceso universal e igualitario a las acciones y a los servicios sanitarios;
- integralidad de las acciones y de las medidas de promoción, protección e indemnización;
- relevancia pública de las acciones y servicios de salud, reglamentados, fiscalizados y controlados por el Poder Público;
- posibilidad de que el sector privado preste servicios al SUS;
- red única de servicios regionalizada y jerarquizada;
- descentralización con unidad de dirección en cada nivel de gobierno;
- control social y participación de la comunidad a través de mecanismos existentes en todas los ámbitos de gestión de la política sanitaria.

El gran énfasis puesto en el establecimiento de un marco legal es consecuencia tanto del proceso de transición hacia la democracia y de la necesidad de plasmar este cambio en la Constitución democrática, como de la opción por vincular la salud a la seguridad social y hacer que el acceso a la salud sea un derecho de los ciudadanos.

Esta opción ha tenido implicaciones posteriores que no se habían previsto. El hecho de ser un derecho universal constituyó un obstáculo para que los gestores públicos cobrasen la atención a los pacientes que tenían un seguro médico, ya que las aseguradoras se basaban en el texto constitucional para negarse a pagar la indemnización al sector público. Estos problemas sólo han empezado a ser solventados hace muy poco tiempo, con una mayor regulación de los seguros y planes de salud. Otro problema que resultó difícil de resolver fue el relativo al papel de la justicia que obligó a los gestores de la salud a prestar servicios de coste elevado, a pacientes que habían recurrido a la vía judicial para hacer valer sus derechos. El hecho de que la justicia fuese algo

inaccesible para la mayor parte de la población hizo que fuesen únicamente los pacientes con mayor poder adquisitivo y posibilidad de acceder a la justicia los que hicieron valer su derecho a la salud en detrimento de la atención a los más pobres.

Con la aprobación de la Enmienda Constitucional nº 29 de 2000, mediante la cual se regula la financiación mínima para la salud en los tres niveles de gobierno, la justicia se ha convertido en un aliado importante del sector sanitario, ya que impidió, en ese año, el intento del área económica de incluir en el presupuesto de la salud otras actividades asistenciales.

Para que la construcción del sistema único de salud fuera viable, se adoptaron medidas iniciales con el fin de integrar la red de servicios, transfiriendo toda la red de servicios de salud, bienes y profesionales, de la Previsión Social al Ministerio de Sanidad. Medidas posteriores –normas operativas básicas - hicieron posible la transferencia del poder desde el nivel central a los municipios y estados, mediante la creación del sistema único de salud en los niveles local y regional, y desde el Estado a la sociedad, mediante la creación de los mecanismos de control social.

Las competencias de los tres niveles de gobierno son concurrentes en lo relativo a la salud, incluyendo la normalización, la financiación, la gestión del sistema y la prestación de los servicios. El gobierno federal sigue siendo responsable del desarrollo de las políticas nacionales, de la regulación de la relación entre lo público y lo privado y de las actividades del sector privado; del suministro de la asistencia técnica y económica en los estados y municipios, del mantenimiento de los servicios de alta complejidad que son referencia para la red nacional. Los estados controlan la red de servicios de cada región y la jerarquía dentro del estado y facilitan la asistencia técnica y económica en los municipios. Los municipios son responsables de la prestación de los servicios y de la planificación de la red local.

Se adoptó una estrategia gradual y flexible de implantación de esta propuesta, mediante la adhesión de estados y municipios a la propuesta, estimulados por

el nivel central que siguió captando los recursos económicos y traspasándolos a los niveles subnacionales, en la medida en que se adhiriesen a las propuestas, asumiesen la responsabilidad de la red de servicios y de profesionales y cumpliesen los requisitos necesarios para la implantación del modelo descentralizado y participativo de organización del sistema único de salud.

La materialización de este proyecto político sectorial puede explicarse a partir de sus principales características, relativas a la formación de la política, a los mecanismos de participación y de control social, a las formas de cogestión, a la estrategia de descentralización.

<i>SUS – Proceso de formación de la política y estructura de la toma de decisiones en Brasil</i>							
Niveles de Gobierno	Establecimiento de consenso e Instrumentos Administrativos	Autoridad Sanitaria	Funciones	Proceso de Descentralización	Mecanismo de control social	Concejales 50% Gov. 50% Soc.	Mecanismo de y Formación de Política
Federal (electo)			<ul style="list-style-type: none"> - Fondos Centrales - Políticas y programas nacionales - Programas focalizados 	<p>Recursos humanos Centros de salud y hospitales Recursos financieros</p>		<p>50% Gov. 50% Soc.</p>	<p>Conferencia Nacional de la Salud</p>
Estatal (electo) 26 + 1 DF			<ul style="list-style-type: none"> - Fondos estatales - Coordinación del sistema regional - Servicios de referencia 				<p>Conferencia Estatal de la Salud</p>
Municipal (electo) 5.507			<ul style="list-style-type: none"> - Fondos Municipales - Coordinación del sistema Municipal <p>Manejo de la red de suministro</p>		<p>Niveles de autonomía</p> <p>A – Administración del sistema local de salud</p> <p>B – Administración del programa primario de salud</p>		

Teniendo en cuenta que esta reforma fue fruto de la lucha de un movimiento social, una de las principales preocupaciones consistió en preservar este carácter de movilización social, para asegurar el mantenimiento de la organización en el contexto de la política sanitaria, con el fin de garantizar el fortalecimiento político de la propuesta reformista y el mantenimiento del proyecto del SUS. Para ello se implantó un mecanismo que convoca, cada cuatro años, a la Conferencia Nacional de la Salud. La formación de la política sanitaria tiene, por lo tanto, como mecanismo principal la convocatoria periódica de las Conferencias de la Salud, en las que tiene lugar un debate sobre cuestiones que han sido seleccionadas como temas estratégicos en el marco de la política sanitaria. Apoyadas técnicamente desde el centro y subiendo desde el nivel local, pasando por el regional, hasta llegar al central, las conferencias se encargan de la discusión del temario, de la elección de los delegados y de la votación de las propuestas temáticas. Este proceso deliberativo ascendente emite un informe final que orienta la política sanitaria. Sin efecto vinculante, este proceso de movilización política, si bien no garantiza el cumplimiento por parte del gobierno del dictamen final emitido en dichas conferencias, asegura la legitimidad política necesaria para garantizar la continuidad del enfoque de la reforma.

Este sistema periódico de movilización presenta innumerables contradicciones con la perspectiva de los gestores de salud, ya que éstos se sienten amenazados por un proceso de intensa movilización, que no puede ser controlado técnica o administrativamente, y que puede estar condicionado por intereses de los partidos políticos. La resistencia de los dirigentes gubernamentales a convocar las conferencias ha sido superada por las presiones desde la base y desde la sociedad para que se cumpla este dispositivo legal. En este mismo sentido, los propios dirigentes terminan dándose cuenta que se trata de un poderoso mecanismo de fortalecimiento del área y de la política sanitaria, siempre que ésta se encuentra amenazada por otras áreas de gobierno, como por ejemplo el área económica.

Otra preocupación expresa en el diseño del SUS fue la referente a la necesidad de que el proceso de descentralización de responsabilidades y de los recursos

gestionase no sólo un sistema con administración descentralizada, sino también con control y participación social. Se trataba de crear un modelo de transferencia de competencias a los niveles regional y local, de manera simultánea a la transferencia de la capacidad de cogestión en política sanitaria de la sociedad civil, conjuntamente con los responsables en cada área de gobierno. En este sentido, se trata de un modelo de gobierno local, orientado al fortalecimiento de los actores políticos en los niveles subnacionales.

La participación de la sociedad organizada en la gestión pública está asegurada mediante los Consejos de Salud, existentes en cada uno de los niveles de gobierno, garantizando la participación paritaria con el 50% de los consejeros pertenecientes al gobierno y el otro 50% a la sociedad civil. Los Consejos de Salud son instancias deliberativas que deciden la ejecución de la política sanitaria en cada nivel de gobierno, definen prioridades, aprueban el presupuesto y en los que el gobierno rinde cuentas de sus actividades. Su identidad y atribuciones están legalmente definidas, yendo más allá del mero control social en el sentido de cogestión de la política sanitaria.

Se considera que esta coordinación institucional tiende a producir impactos modernizadores y democratizadores sobre el modelo de procesamiento de las demandas en el sector, porque introduce nuevos filtros en la selectividad de la demanda, permitiendo una mayor permeabilidad a los intereses populares, haciendo que su procesamiento sea público y técnico. Permite también el enfrentamiento de los diferentes actores en la esfera pública y obliga a los gobernantes a rendir cuentas de sus acciones (Carvalho, 1997). La creación de estos espacios de democracia deliberativa se enfrenta con la disparidad de recursos del poder de los participantes en este espacio público plural de debates y negociaciones. Se crearon programas nacionales de capacitación de los consejeros para hacer frente a estas asimetrías de información y poder entre los consejeros.

En una encuesta a la que respondió una tercera parte del total de los secretarios de salud, el 75,2% identificaron al Consejo Municipal de la Salud como la fuerza social más importante, siendo considerado igualmente como el

procedimiento de mayor importancia en el establecimiento de prioridades y el segundo en lo relativo a la presentación de cuentas (siendo el primero la presentación de cuentas al prefecto, que es obligatoria) (Fleury, 1997).

La cogestión en salud innovó también con la creación de instancias de concertación entre las esferas gubernamentales, en lo que respecta a la distribución de recursos, definición y ejecución de las políticas. En este sentido se crearon la comisión intergestores bipartita (entre el Estado y los Municipios) y la comisión intergestores tripartita (entre la Unión, los Estados y los Municipios). La composición de estas comisiones es también paritaria y entre sus funciones se encuentran el control del funcionamiento de los planes y fondos de salud, así como de los consejos de salud y la aprobación de los informes de gestión. En estas instancias se negocian también las prioridades y los recursos, se definen asimismo estrategias de descentralización y de transferencia de dichos recursos y los instrumentos de planificación y gestión compartida.

Este modelo de descentralización pactada fue imprescindible para hacer viable un proceso de descentralización con características contradictorias tales como el hecho de ser impulsado de arriba abajo, en un contexto de gran autonomía de los niveles subnacionales. La posibilidad de creación de un sistema único dependía de la adhesión de los niveles subnacionales al proyecto del SUD, aceptando responsabilidades y reglas formuladas en el nivel central, cumpliendo varios requisitos para poder recibir recursos. La formalización de las instancias gestoras compartidas fue imprescindible para establecer un canal formal de negociación, capaz de dar más flexibilidad al proceso de descentralización, pudiendo así contemplar las particularidades regionales y la extrema diversidad de situaciones existentes en el país. Un resultado importante de este proceso fue la creación espontánea de consorcios intermunicipales de salud, agrupando municipios vecinos que iniciaron una coordinación conjunta de su red y de la oferta de servicios.

Este modelo de un sistema único de salud con gestión compartida ha sido considerado como una innovación político-administrativa que trasciende el

ámbito sectorial, conformando un nuevo modelo de pacto federativo, compatible con un federalismo descentralizado, además de orgánico. Actualmente se propone la creación de un modelo de sistema único de seguridad en el país, con las mismas bases que el SUS.

La construcción de un federalismo concertado, en diferentes instancias institucionales, difiere por completo del tipo de pacto tradicionalmente basado en la negociación política. La institucionalización de las instancias de concertación como instancias gestoras, aleja este aspecto y asume la negociación democrática y transparente entre las partes como forma de construcción de un estado más democrático. Se trata de un modelo de gobierno sectorial.

Hasta hace muy poco, el proceso de descentralización en Brasil, había adoptado finalmente la estrategia de fortalecimiento del poder local a partir de la municipalización de las políticas sociales, y ha sido sólo recientemente cuando se ha introducido un nuevo enfoque que concede mayor autonomía a la gestión de las unidades que prestan servicios.

El diseño de la descentralización del sector sanitario se elaboró partiendo del reconocimiento de la debilidad institucional y política que presentaban los gobiernos locales. De esta manera se esbozó un proceso de descentralización progresivo, a través del cual el nivel central definía ciertos requisitos, técnicos y políticos¹⁴, que deberían cumplirse previamente para que el nivel local pudiese obtener la autonomía en la gestión de los recursos relativos al sistema municipal de salud. Se definieron diferentes situaciones: gestión incipiente y casi total, para señalar el grado de autonomía en relación con los recursos destinados únicamente a la atención básica o a la totalidad de los recursos destinados a la red municipal de salud.

¹⁴ Como la creación y funcionamiento paritario del Consejo Municipal de Salud, la creación del Fondo Municipal de Salud y la asignación de recursos municipales para este fin, la elaboración de un Plan Municipal de Salud, aprobado por el Consejo.

Esta forma progresiva de descentralización de los recursos económicos tiene aspectos positivos y negativos. Positivos, en relación con la exigencia de capacitación técnica y política del nivel local, obedeciendo a un diseño común que evita la fragmentación del sistema. El resultado más notable de este proceso fue la creación de unos actores políticos responsables hoy en día, técnica y políticamente, de mantener el rumbo de la reforma sanitaria, y que son los secretarios municipales de salud y los secretarios estatales de salud, ambos organizados en consejos nacionales, muy activos e influyentes. Además hubo una ampliación de la base técnica del nivel local, que se evidencia en diferentes situaciones en las que el sector sanitario municipal es capaz de dar respuestas más adecuadas y eficaces a las demandas y/o ofertas por parte de gobierno central.

Pero también existen aspectos negativos en la medida en que la tensión producida por el control de los recursos económicos tiende siempre a favorecer al nivel central, donde son administrados y concentrados los recursos económicos. Además, el nivel central determinó la modalidad predominante de transferencia de los recursos mediante la producción de servicios, lo que favorece el modelo de atención basado en el tratamiento médico y a los municipios importantes, en los que está concentrada la red de atención de mayor complejidad. Únicamente a partir del año 1996 se implantó la transferencia directa del fondo nacional a los fondos municipales, pasando a ser asignados sobre la base de un cómputo per cápita con incentivos para los programas de Agentes Comunitarios de la Salud y para el Programa de Salud de la Familia, reduciendo así las disparidades regionales y dando prioridad a las medidas preventivas y de lucha contra la exclusión.

No obstante, siguen pendientes problemas relativos al acceso y a la calidad de los servicios, que se acentuaron con la ampliación de la cobertura, la reducción inicial de los recursos financieros para el mantenimiento de la red pública, la contención de los salarios de los profesionales, la falta de estímulos para la mejora de la gestión de las unidades de servicio.

Durante el periodo de implantación de esta reforma hubo una expansión no controlada y/o reglada del mercado de seguros médicos, en el que confluyeron los grupos con mayor capacidad económica, incluyendo a los sectores de clases sociales medias. Sólo al final de los años noventa las autoridades sanitarias iniciaron la regulación de este mercado por medio una agencia específica.

Estas medidas de corrección y ajuste del proyecto original de la reforma, no indican, sin embargo, su debilitamiento. Por el contrario, la reforma descentralizadora y participativa del sector sanitario se considera en la actualidad como una política de Estado, cuyo marco legal e institucional garantiza que no se modifique su curso con los cambios de gobierno, además de servir como modelo de federalismo para otras políticas públicas

Reflexiones finales

1- La nueva configuración constitucional de las políticas sociales brasileñas, a pesar de haberse implantado en un contexto socioeconómico diferente del que le dio origen, y opuesto en varios aspectos, se ha revelado como un importante medio de transformación tanto del Estado como de la sociedad, en la construcción de la democracia en nuestro país. El interés público surge como una concepción plural y descentralizada, a partir de la institucionalización de los nuevos espacios de participación y de articulación, como una nueva mediación entre el Estado y la sociedad, que pone de manifiesto los conflictos en las prácticas de negociación (Telles, 1994)¹⁵. Para Calderón y Szmukler (2002)¹⁶ “ la cultura política deliberativa implica construir diferentes espacios públicos donde los actores e individuos, desde sus especificidades culturales y socioeconómicas, actúen, se reconozcan y se comuniquen como iguales y puedan llegar a acuerdos que favorezcan el bien común y que sean evaluables colectivamente”. Reconociendo las diferencias y los conflictos como parte del proceso

¹⁵ Telles, Vera – “Sociedade Civil, Direitos e Espaços Públicos” en Participação Popular nos Governos Locais, Publicações Pólis, no 14, Pólis, São Paulo

político, la cultura política deliberativa requiere la existencia de igualdades políticas, de justicia en los actos de palabra y de aceptación del otro como interlocutor.

- 2- Si las políticas sociales están enfocadas hacia la construcción simultánea de la ciudadanía y de los gobiernos democráticos, se hace necesaria una actuación positiva de los gobernantes en el sentido de aumentar las capacidades y los recursos técnicos y políticos de los sectores más marginados, permitiéndoles participar en el juego político en condiciones menos desfavorables. Se trata de un equilibrio difícil, en el que se requiere que el Estado posibilite las condiciones para la autoorganización de la sociedad, que favorezca el incremento del capital social, sin que esto implique una pérdida de la autonomía de las organizaciones sociales y su vinculación al aparato del Estado. Contradictoriamente, en sociedades con diferencias sociales marcadas, la construcción de espacios públicos no estatales es fruto de la acción del Estado que se abre para dividir el poder político y que instauro el principio de equivalencia de los sujetos políticos. Además, paradójicamente, estos espacios son también fruto de la acción política de los movimientos sociales que cuestionan el monopolio del Estado como gestor de las políticas públicas, al mismo tiempo que reivindican la garantía estatal de los derechos sociales.

- 3- La experiencia reciente ha demostrado que el proceso de descentralización combinado con la cogestión ha generado un enorme potencial de innovación social, transformando las estructuras gubernamentales y las formas de gestión pública permitiendo, de esta manera, la inclusión de los sectores anteriormente excluidos de la condición de ciudadanía. Para ello la estrategia a adoptar es de fortalecimiento del poder local, concibiendo lo local no tanto como un territorio, o como una instancia administrativa de gobierno, sino como una sociedad local que, según Arocena (1995)¹⁷ supone el respeto a una identidad colectiva expresada en valores y normas

¹⁶ Calderón, F. y Szmukler, A. (2002)– “Cultura Política y Desarrollo, en Calderón, Fernando – La reforma política . Deliberación y Desarrollo, Nueva Sociedad/ILDIS, Caracas

interiorizadas por sus miembros, conformando un sistema de relaciones de poder constituido en torno a procesos locales de generación de riqueza. Esta concepción de lo local, construido permanentemente, es el espacio de la inclusión social, conciliando la ciudadanía con la comunidad, ya que, a diferencia de las elites, es sólo en este nivel en el que los sectores populares pueden organizarse y participar (Crouch, 1999)¹⁸.

- 4- Nuestra tesis es que la construcción de la democracia en la región introduce la reivindicación ciudadana de un derecho de quinta generación (además de los derechos civiles, políticos, sociales y generales) que corresponde a la demanda de una gestión deliberativa de las políticas públicas, en particular, de las políticas sociales. No obstante, la tensión entre lo local, lo nacional y lo mundial definen una nueva territorialidad para la ciudadanía, cuyo desarrollo en todos estos ámbitos no está exento de la posibilidad de que los diferentes derechos sean reivindicados en distintos ámbitos (derechos humanos y ambientales a escala mundial, derechos políticos y sociales a escala nacional y derechos de participación a escala local) lo que conduce a la disociación de sus elementos y dificulta la concretización de la ciudadanía.

- 5- Las condiciones necesarias para la innovación social dependen tanto del grado de autonomía generado por la descentralización como de los nuevos acuerdos y la redefinición de los papeles estratégicos ya existentes (Tendler, 1998¹⁹). Dependen también de la capacidad de los dirigentes para movilizar y valorar a los funcionarios públicos en la redefinición de la misión institucional, comprometiéndoles con los desafíos del proceso de democratización de la gestión. El punto fundamental es, sin duda, la comprensión de la importancia de la apertura de las estructuras estatales de planificación y de gestión a la sociedad, para que se puedan crear procesos

¹⁷ Arocena, José (1995) – El Desarrollo Local – un desafío contemporáneo, Nueva Sociedad, Caracas

¹⁸ Crouch, Colin (1999) – “La ampliación de la Ciudadanía Social y Económica y la Participación” en Soledad García y Steven Lukes (comps.) – Ciudadanía: justicia social, identidad y participación, Siglo XXI, Madrid

¹⁹ Tendler, Judith (1998) – Bom Governo nos Trópicos, Fundação Getúlio Vargas, Río de Janeiro

democráticos de cogestión, con reglas claramente definidas. La división del poder es la base de la generación de la gobernabilidad local, requerida en la transformación de la gestión de las estructuras tradicionalmente comprometidas con el clientelismo y la corrupción. Basándonos en las experiencias ya conocidas podemos identificar algunos elementos comunes a aquellas políticas que son capaces de alcanzar este objetivo, entre los que destacan, además de la creación de espacios públicos de representación y de negociación, la gestión de conflictos y el desarrollo de tecnologías de gestión capaces de canalizar las demandas sociales, de propiciar la generación de consensos y de permitir la planificación, el control y la coordinación en un contexto no tecnocrático.

6- Es imposible imaginar una ciudadanía concreta que prescinda del componente territorial, en el que la igualdad de los ciudadanos supone un acceso semejante a los bienes y servicios mediante una adecuada gestión del territorio. Santos (1996)²⁰ propone un modelo cívico, destacando como componentes esenciales la cultura y el territorio. El componente cívico implica la definición previa de una civilización, una visión común del mundo y de la sociedad, del individuo en tanto que ser social y de sus reglas de convivencia. El territorio no desempeña ya un papel pasivo, sino que constituye un dato activo, que debe considerarse como un factor y no exclusivamente como un reflejo de la sociedad. Algunas experiencias de descentralización sectorial encuentran sus límites en la incapacidad para realizar una política intersectorial que contemple la necesidad de movilizar a la sociedad local en torno a una concepción de ciudadano/ciudad, capaz de gestionar las condiciones de desarrollo local. La posibilidad de que un proyecto sectorial contamine a otros sectores es real, aunque no garantice la construcción de un proyecto integrado en el territorio.

7- La democratización radical del Estado, como bien expresa Fedozzi (2000)²¹ requiere una relación entre participación y resultados materiales, bajo pena de desgaste de la base objetiva que sustenta la credibilidad popular en el

²⁰ Santos, Milton – O Espaço do Cidadão, Editora Nobel, São Paulo

²¹ Fedozzi, Luciano (2000) – O Poder da Aldeia, Editorial Tomo, Porto Alegre

proceso de participación social. En este sentido, la movilización sin redistribución puede ser uno de los factores que van agravando la crisis permanente de gobernabilidad en América Latina. En la medida en que las esferas públicas democráticas de cogestión permanezcan restringidas a las políticas sociales, se encontrarán limitadas al debate sobre la asignación de los recursos escasos, no teniendo la posibilidad de interferir concretamente en los factores responsables de la generación de los problemas sociales. La construcción de esferas democráticas de cogestión en el nivel local, generando condiciones de gobernanza y de gobernabilidad local se enfrenta a un contexto nacional conservador, cuya resistencia a los cambios en las formas del ejercicio del poder y en la gestión de las políticas públicas puede acarrear el aumento de las tensiones y frustraciones políticas, de consecuencias imprevisibles.

BIBLIOGRAFÍA

- AROCENA, José (1995) – El Desarrollo Local – un desafío contemporáneo, Nueva Sociedad, Caracas
- CALDERÓN, F. y SZMUKLER, A. (2002)– “Cultura, Política y Desarrollo”, en Calderón, Fernando – La reforma política . Deliberación y Desarrollo, Nueva Sociedad/ILDIS, Caracas
- CAMARGO, Aspásia (1992) - "A Federação Acorrentada", XVI Encontro Annual da ANPOCS
- CARVALHO, Maria do Carmo – Participação Social no Brasil Hoje, Polis Papers, no 2, <http://www.polis.org.br/publicacoes/papers>
- CORAGGIO, José Luis (1991) – Ciudades sin Rumbo, Ciudad-Siap, Quito
- CROUCH, Colin (1999) – “La ampliación de la Ciudadanía Social y Económica y la Participación” en Soledad García y Steven Lukes (comps.) – Ciudadanía: justicia social , identidad y participación, Siglo XXI, Madrid
- DEMO, Pedro (1997) "Menoridade dos mínimos sociais - encruzilhada da assistência social no mundo de hoje"
- FEDOZZI, Luciano (2000) – O Poder da Aldeia, Editorial Tomo, Porto Alegre

- FLEURY, S (1984) – “Previdência versus Assistência na Política Social Brasileira, en *Dados* , Vol. 27, no. 3, IUPERJ, Ríó de Janeiro
- FLEURY, S. (1977) – Saúde e Democracia, Editora Lemos, São Paulo
- FLEURY, S. (1994) – Estados sem Cidadãos, Editora, FIOCRUZ, Ríó de Janeiro – Traducción al español de Lugar Editorial, 1997, Buenos Aires
- FLEURY, Sonia (2001) - "Plural, Dual, Universal? Health Care Dilemmas in Latin America" en Molina, C. y Nuñez del Arco, J – Health Services in Latin America and Japan, Inter-American Development Bank, Washington, DC
- FLEURY, Sonia, Baris, E. Belmartino, S. - Reshaping Health Care Systems in Latin America, IDRC, Ottawa
- IGLÉSIAS, Francisco (1993) - Trajetória Política do Brasil- 1500-1964. Companhia das Letras. São Paulo.
- JACOBI, Pedro (2000) - Políticas Sociais e Ampliação da Cidadania, Editora FGV, Ríó de Janeiro
- LAVINAS, Lena "Programa de Garantia de Renda Mínima; perspectivas brasileiras," Texto para discusión, no. 596, IPEA, Brasilia
- OLIVEIRA, J. y FLEURY, S. (1985) – Im-Previdência Social: 60 anos de história”, Editora Vozes, Ríó de Janeiro
- SANTOS, Milton – O Espaço do Cidadão, Editora Nobel, São Paulo
- SANTOS, Wanderley G. (1979) – Cidadania e Justiça, Editora Campus, Ríó de Janeiro
- SPOSATI, Aldaíza (1997) "Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania” en Revista Serviço Social e Sociedade, no. 55, año XVIII, noviembre, Cortez, São Paulo.
- TELLES, Vera – “Sociedade Civil, Direitos e Espaços Públicos en Participação Popular nos Governos Locais, Publicações Pólis, no 14, Pólis, São Paulo
- TENDLER, Judith (1998) – Bom Governo nos Trópicos, Fundação Getúlio Vargas, Ríó de Janeiro