



**ÁMBITO Y PAPEL DE LOS ESPECIALISTAS EN LAS
REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD:
LOS CASOS DE BRASIL Y MÉXICO**

Raquel Abrantes Pêgo and Célia Almeida

Working Paper #299 - September 2002

ÁMBITO Y PAPEL DE LOS ESPECIALISTAS EN LAS REFORMAS EN LOS SISTEMAS DE SALUD: LOS CASOS DE BRASIL Y MÉXICO

Raquel Abrantes Pêgo and Célia Almeida

Working Paper #299 - September - 2002

Raquel Abrantes Pêgo holds a Master of Science Degree in Sociology from the Federal University of Rio de Janeiro and is a PhD candidate at El Colegio de Michoacán, Mexico. She has an extensive record of research on health problems and health policy in Mexico and Brazil from a sociopolitical perspective. She was the editor of *Saúde no Brasil* (1982) and *Controle da Natalidad x Planejamento Familiar no Brasil* (1987), both published by the Instituto Brasileiro de Análisis Socio-Economico (IBASE), and has recently published several articles in such journals as *Salud Pública de México* (Instituto Nacional de Salud Pública), *Relaciones* (El Colegio de Michoacán), *História*, and *Ciência e Saúde* (Oswaldo Cruz Foundation). She's a researcher and lecturer at Mexico's National Health Institute.

Célia Almeida, an MD, holds a Master of Science Degree in Social Medicine from the Social Medicine Institute of the State University of Rio de Janeiro and a PhD in Public Health from the National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation, Rio de Janeiro, Brazil. She's an experienced researcher and lecturer on Health Policy and Health Systems and Services Organization and Functioning and has recently been involved in comparative analysis of health sector reforms in Europe and Latin America, a subject on which she has published at length. She has been a frequent collaborator with the Pan American Health Organization and the World Health Organization. She has been a researcher and lecturer in the Health Administration and Planning Department of the Oswaldo Cruz Foundation National School for Public Health since 1978 and also the Executive Secretary of the Network for Health Systems and Services Research in the Southern Cone of Latin America since 1996.

Este texto hace parte de trabajos de investigación desarrollados por Raquel Abrantes Pêgo para su tesis de doctorado—"Actores, proyectos y transacciones en el marco de la reforma del sector salud en México, 1982–2000"—a ser presentada al El Colegio de Michoacán, México y que desde diciembre de 2001 recibe apoyo de la OPS; y de los de Célia Almeida, en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil, como parte del proyecto de investigación "La Reforma Sanitaria Brasileña: actores, regulação e equidad", desarrollado en el ámbito del "Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica-PAPES 2," financiado por la FIOCRUZ. Se agradece al Kellogg Institute for International Studies de la Universidad de Notre Dame, que proporcionó el ambiente académico y los recursos de investigación necesarios para completar el trabajo durante la estancia de Raquel Abrantes como

Guest Scholar de la institución, así como el apoyo del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Por último, deseamos agradecer las lecturas inteligentes y atentas de los *referees* y editores, aunque los libramos de toda culpa por las impropiedades del texto final, del cual somos las únicas responsables. Una versión reducida de este trabajo ha sido publicada en los *Cadernos de Saúde Pública*, 2002, Vol. 18, Rio de Janeiro, Brasil.

Raquel Abrantes Pêgo, MA, socióloga, investigadora y docente del Instituto Nacional de Salud Pública, México, rpego@correo.insp.mx **Célia Almeida**, MD, PhD, investigadora y docente del Departamento de Administración y Planificación en Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública/FIOCRUZ, calmeida@ensp.fiocruz.br

Note of Acknowledgement

“La autoras agradece a Alonso Restrepo que hizo cargo de corregir los difersos portuñoes presentes en el texto inicial.”

Una version reducida sobre forma de artículo fue publicada en un númeo especial sobre reforma en América Latina y Caribe por “La Revista Cadernos de Saúde Pública,” v. 18. No. 4 Rio de Janeiro. Jul. Ago. 2002

ABSTRACT

The purpose of this study is to consider the role played by the community of public health experts in the contemporary health sector reform process. It discusses the issue based on the case of Brazil and Mexico, because, as specialists, public health researchers in both countries have directed their participation to influencing the conflict over the reorientation of health policy in their respective countries. One of their approaches has consisted in developing a new cognitive framework that underpins technical health sector reform projects understood as policy proposals with technical content. Our purpose is to show that these experts manage to influence the national debate over health sector reform when the technical and scientific discussion leaves the academic sphere and goes to the realm of social and political debate. In our opinion, this occurs because this technical and scientific knowledge has been held out, independently of its intrinsic value, as a political and ideological alternative platform for sustaining a health sector reform proposal which, once transformed into a policy project, has served to aggregate certain political and social forces and not others. The study sets out each case separately, in each showing first the emergence of a new body of thinking in the field of public health (*Collective Health* in Brazil and *New Public Health* in Mexico). It then demonstrates how these groups of experts have articulated and interacted with specific political and social forces within their respective societies, and analyses how they have become a political stream within health institutions in the struggle to control the sector's future.

Keywords: role of experts, public health, health sector reform, Brazil, Mexico.

RESUMEN

El propósito de este estudio es considerar el rol de la comunidad de expertos en salud pública en el proceso contemporáneo de reforma del sector salud. El estudio discute esta cuestión basándose en los casos de Brasil y México porque, en tanto que especialistas, los investigadores de la salud pública en ambos países han orientado su participación a influir sobre el conflicto acerca de la reorientación de la política de salud en sus respectivos países. Uno de sus abordajes consistió en desarrollar un nuevo marco cognitivo que subyace los proyectos técnicos de reforma del sector salud entendidos como propuestas de política con contenido técnico. Nuestro propósito es demostrar que estos expertos consiguen influir el debate nacional sobre la reforma del sector salud cuando las discusiones científicas y técnicas abandonan la esfera académica y se desplazan hacia el espacio del debate social y político. En nuestra opinión, esto ocurre porque estos saberes científicos y técnicos han sido exhibidos, independientemente de su valor intrínseco, como una plataforma política e ideológica alternativa para sostener una propuesta de reforma del sector salud que, una vez transformada en proyecto de política, ha servido para agregar ciertas fuerzas sociales y políticas y no otras. El estudio analiza separadamente los casos, mostrando en cada uno, primeramente, la emergencia de un nuevo cuerpo de pensamiento en el campo de la salud pública (*Salud Colectiva*, en Brasil y *Nueva Salud Pública*, en México). Demuestra, luego, cómo estos grupos de expertos se han articulado e interactuado con fuerzas sociales y políticas específicas en sus respectivas sociedades, y analiza cómo se han convertido en una corriente política dentro de las instituciones de salud en la lucha por controlar el futuro del sector.

Palabras clave. Rol de los expertos, salud pública, reforma del sector salud, Brasil, México.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone reflexionar sobre el lugar que la comunidad de los especialistas está ocupando en las reformas contemporáneas de los sistemas de salud. Discutimos la cuestión a partir del caso de Brasil y México porque, en ambos países, los profesionales en salud pública, como especialistas, proyectaron su participación buscando influir en el conflicto en torno a la reorientación de las políticas de salud de sus respectivos países. Una de sus acciones consistió en elaborar un marco cognoscitivo con el cual alimentar proyectos técnico-asistenciales de reforma, que sirvió de plataforma político-ideológica para determinados grupos sociales.

En el caso de Brasil, a partir de los años 70, como parte del proceso de lucha contra la dictadura militar, un grupo de médicos-sanitaristas, en su mayoría simpatizantes de la izquierda comunista y socialista, algunos con vinculación político-partidaria con estos partidos, construyeron su identidad en torno del concepto de “*Salud Colectiva*.” Sus integrantes fueron protagonistas principales del “Movimiento de la Reforma Sanitaria” en la década siguiente (*pari passu* a la transición democrática), se organizaron en el Centro Brasileño de Estudios de la Salud—CEBES—en 1976 y en la Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva en 1979. Como grupo técnico-científico, lucharon por el control de los Departamentos de Medicina Preventiva de las Facultades de Medicina de las grandes universidades públicas, del Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, y de las Escuelas de Salud Pública, como *locus* institucional y espacios de reproducción. Ese grupo fue un firme opositor de la política de salud del régimen militar que luchó por el rescate de la enorme deuda social acumulada por el régimen. Con la llegada de la Nueva República en 1985 sus miembros ocuparon

importantes cargos en los distintos niveles del poder ejecutivo (federal, provincial y municipal), desde donde lograron institucionalizar un Sistema Único de Salud (SUS).

En el caso de México, en respuesta al contexto de cambio político y médico-epidemiológico que emergió a partir del gobierno del presidente de la Madrid (1982–88), un grupo de médicos-sanitaristas, algunos vinculados al Partido Revolucionario Institucional (PRI) y otros que se decían independientes, propuso una “*Nueva Salud Pública*,” en oposición a las concepciones en práctica tanto en las instituciones formadoras de recursos humanos para el sector, como en las de asistencia. Dicho grupo encabezó simultáneamente la creación de una organización estratégica, la Fundación Mexicana para la Salud—Funsalud (1985). Como en el caso brasileño, sus integrantes pasaron también a ocupar cargos en el aparato público, principalmente en el ámbito federal. Sus espacios fundamentales de reproducción como grupo técnico-científico fueron el Instituto Nacional de Salud Pública, vinculado a la Secretaría de Salud, y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Algunas cuestiones estaban en el núcleo del esfuerzo de movilización de ambos grupos. En el caso de Brasil, estos especialistas consideraban que la política de salud promovida por el régimen militar, al lado de una gestión tecnocrático-autoritaria, buscaba privilegiar la privatización y la medicalización de los problemas sociales, despreciando la salud pública. Para eso, según esa visión, durante el período militar se había instrumentado la extensión de la cobertura de la atención médica sin expandir la red pública de servicios ni las actividades de prevención y promoción de la salud en la misma proporción, promoviendo la organización de las empresas médicas privadas, y subsidiando el crecimiento del sector médico-hospitalario privado. Este modelo había profundizado las desigualdades en el sector y consolidado un sistema de salud dual y fragmentado (Seguridad Social y Ministerio de Salud), gracias al cual los grupos sociales mejor remunerados eran atendidos en la red privada, mientras que los vinculados al

mercado formal de trabajo, lo eran en los servicios de asistencia médica de la Seguridad Social y privados, contratados por el sector público. A los grupos sociales más pobres estaba destinada la red estatal de bajo nivel de complejidad, los hospitales públicos del Ministerio de Salud (algunos especializados) y los servicios filantrópicos. Como resultado, la demanda no satisfecha por servicios de salud había aumentado considerablemente, *pari passu* al empeoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones, las epidemias se sucedían, como también volvían a aparecer las enfermedades infecciosas que anteriormente habían sido controladas. Además, la escasa participación de los sectores sociales organizados en la determinación de las políticas sectoriales y en el control del uso de los recursos, agravaba esas tendencias.

En contra de eso, y de los interventores del régimen militar en sus locales de trabajo y asociaciones de representación, estos médicos y otros profesionales vinculados a la salud pública se organizaron en torno al compromiso de producir un nuevo conocimiento que sirviera a las causas populares y fuera capaz de materializar una propuesta alternativa de política de salud, basada en el principio de ser ésta un derecho de ciudadanía. Ese grupo logró transformar sus ideas en un proyecto técnico-asistencial, desarrollar estrategias que aglutinaran fuerzas políticas alrededor de un ideario de reforma y conformar un bloque de presión en el ámbito de la Asamblea Nacional Constituyente (1987–88). Eso permitió la inscripción de ese derecho en la nueva Constitución, redactada en 1988, particularmente en el artículo 196, donde se lee: “La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante (...) el acceso universal e igualitario a los servicios de salud.”

En México, algunos jóvenes médicos, especialistas en salud pública, creían que su país necesitaba un sistema de salud moderno, ágil, menos politizado y estatizado, con una ciudadanía más responsable y con mayor participación del sector privado. Dicho sistema debería ser capaz de responder tanto al complejo cuadro epidemiológico, caracterizado

por la fuerte presencia de enfermedades crónico-degenerativas, acompañadas por padecimientos propios de un cuadro de pobreza extendida, como al cambio demográfico. Todo esto en un contexto marcado, según ellos, por la escasez de recursos y por una creciente demanda, no satisfecha, por servicios de salud en el país. Para ese grupo, el sistema de atención a la salud, consolidado entre 1940 y 1970 en una estructura centralizada y dual—seguridad social y salubridad y asistencia—e integrado verticalmente por funciones en respuesta al mercado de trabajo, estaba permeado por intereses corporativos y de clientelas, y ya no respondía a las necesidades de una economía globalizada. Al mismo tiempo, *et pour cause*, su desempeño fue caracterizado por siete ‘ins’: inequidad, insuficiencia de recursos, ineficiencia, inadecuada calidad, insatisfacción de los usuarios, inflación, e inseguridad. Estos médicos sanitaristas, congregados en torno del doctor Guillermo Soberón, ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (1972–80) y entonces secretario de Salud del gobierno de de la Madrid, estaban convencidos de la necesidad de iniciar un diálogo sobre las prioridades del sistema de salud en México. Según ellos, era urgente introducir cambios en el proceso de decisiones para incrementar la calidad, el acceso, la equidad y la libre elección de servicios por parte del consumidor. Los jóvenes seguidores del doctor Soberón estaban dispuestos a revertir la tendencia que favorecía los intereses corporativos, los mismos que en su opinión impedían un uso más racional y efectivo de los recursos.

Este último punto lleva a la segunda cuestión que movilizaba al grupo. Desde la década de los años setenta, algunos segmentos de la sociedad mexicana venían poniendo en tela de juicio el sistema de partido único y el corporativismo como la forma legítima de intermediación de los intereses, y habían planteando la necesidad de una sociedad civil más actuante e independiente del Estado, como también de una mayor participación del sector privado en la conducción de los rumbos de la sociedad. Fue en consonancia con esa

visión que el grupo creó la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) en 1985, una institución que desde entonces ha tenido un papel importante en el sector salud, y que logró, entre otras cosas, plasmar su propuesta en el programa de reforma del gobierno del presidente Ernesto Zedillo (1994–2000).

¿Por qué la salud pública tradicional fue atacada por ambos grupos? ¿Cuáles eran las características fundamentales de la “*Salud Colectiva*” y de la “*Nueva Salud Pública*,” formuladas como campos técnico-científicos innovadores? ¿Qué les permitió crecer y cambiar el debate sectorial? ¿Cuáles han sido las estrategias de esos dos grupos para influir en las agendas de la reforma del sector salud en sus respectivos países? Y, por último, ¿qué lecciones se pueden aprender de la actuación y contribución de estos dos grupos de especialistas para las reformas en proceso en ambos países?

Este artículo tratará de responder esas preguntas, examinando algunos de los factores que, a nuestro juicio, confluieron para dotar a esos grupos de la fuerza necesaria para intervenir con éxito en el debate nacional. Para eso, procederemos de la siguiente manera: en primer término, expondremos cada caso por separado, mostrando el surgimiento de una corriente de pensamiento en el campo de la Salud Pública, en torno a la cual se organiza y consolida una perspectiva técnico-científica alternativa. A continuación demostraremos su articulación con fuerzas políticas y sociales, y analizaremos su conversión en una vertiente de lucha al interior de las instituciones de salud para controlar el futuro del sector. Nuestro propósito es demostrar que estos especialistas logran influir en el debate nacional en el momento en el que la discusión técnico-científica rebasa el ámbito académico para instalarse en el palco del debate socio-político. En nuestra opinión, esto sucede porque el conocimiento técnico-científico producido por esos grupos fue postulado, independientemente de su valor intrínseco, como una plataforma ideológica alternativa, capaz de dar sustento a un proyecto técnico-

asistencial de referencia que, convertido en proyecto político, sirvió para aglutinar a determinados sectores sociales.

El caso de Brasil

La salud en el contexto político y económico, 1960 a 1980

En los años setenta y ochenta se organizó y consolidó un movimiento realizado por parte de profesionales del área de salud pública en Brasil para lograr una reforma en el sector. El contexto político y económico de este proceso fue de profundas crisis y transformaciones en la sociedad brasileña. Es necesario retroceder un poco en el tiempo para entender mejor la naturaleza de estas crisis.

Como antecedente de este proceso, en los años sesenta hubo grandes turbulencias políticas y sociales, que culminaron en un golpe militar (1964), seguido por el surgimiento paulatino de un Estado “burocrático-autoritario” (O’Donnell, 1982). Este Estado se caracterizó por ser más represor y dominador que en otros períodos autoritarios de la historia política brasileña. Otro punto de inflexión es la transición política para la democracia durante la década de los ochenta, cuando el país se encontró nuevamente en crisis, la cual se reflejaba en problemas económicos y políticos de gran envergadura.¹

Cuando los profesionales del área de salud pública empezaron a articularse, el país vivía una época de fuerte autoritarismo. Ese período fue resultado de un un golpe de Estado en 1964 cuando depusieron al presidente elegido por el voto popular y lo sustituyeron por una Junta Militar. Esta Junta buscaba restaurar el orden y establecer pactos y alianzas políticas que permitieran superar la crisis económica y política de los años sesenta. Desde su inicio, el regimen militar se caracterizó por la existencia de diversas fracciones que aglutinaban un espectro amplio de sectores sociales, que frente a la recesión económica, la inflación, el radicalismo de las propuestas reformistas y las expectativas de una amenaza izquierdista, convergieron y se unieron en torno a los

golpistas, dando apoyo y sustentación política a los militares (Fiori, 1995: 104) Es decir, la tarea del régimen militar fue la de reaglutinar las mismas fuerzas políticas y reeditar la fórmula “centralizar y crecer” bajo la égida del “Estado desarrollista,” empujando la crisis hacia más adelante.

Entre 1964 y 1968, esa alianza fue desecha como consecuencia de la lucha entre fracciones por la hegemonía del poder económico golpista. También el mantenimiento de los mecanismos democráticos-aunque limitados debido que el Congreso continuaba funcionando con poderes limitados-resultó inviable, como se había demostrado en las elecciones para gobernadores de los estados en 1965. Esas elecciones tuvieron como resultado la derrota del partido del gobierno, aún con la reforma partidaria impuesta por los militares, la cual instituyó el sistema bipartidista en 1966- un partido del gobierno, la Aliança Renovadora Nacional (ARENA) y otro de la oposición, el Movimento Democrático Brasileiro (MDB). El cuadro se completó con un severo plan de estabilización económica, una reforma tributaria que provocó que se vaciara el poder de las instancias regionales, una nueva legislación para el campo (el “Estatuto da Terra,” que proponía una reforma agraria limitada), la pérdida del valor adquisitivo de los salarios y la represión política.

En respuesta, las movilizaciones populares interrumpidas después del golpe fueron retomadas en 1967 y 1968 con paros de estudiantes y huelgas en las fábricas, además de movimientos de protesta en las calles contra la política económica y la represión militar, lo que mantuvo encendida la efervescencia política. Se sumaron las críticas por parte de la Iglesia, la organización de movimientos de oposición liderados por religiosos y la desertión de algunos líderes del bloque conservador.

Como corolario de ese proceso, los militares se vieron presionados por los conflictos intraburgueses y amenazados por la reaparición de los movimientos populares insatisfechos con los rumbos tomados por la política económica. El mismo grupo de los

militares se dividió, y, para garantizar el mantenimiento de la unidad militar, las fuerzas más liberales fueron alejadas del poder, dando paso al grupo de los militares llamados “línea-dura.” En 1968 un decreto presidencial (“Ato Institucional N. 5,” el AI-5) cerró el Congreso Nacional, suspendió los derechos políticos de los ciudadanos e impuso un orden autoritario, consolidando el régimen dictatorial. Como no había sido posible administrar los conflictos ni reconstituir el bloque dominante en una situación semidemocrática, la solución encontrada por los militares fue la de promover una violenta recentralización del poder político.

En el ámbito económico la disputa llevó al fortalecimiento de la gran empresa, tanto privada como pública, tanto nacional como internacional², lo que dio supremacía a la burguesía monopolista internacionalizada. Este grupo, mediante estrecha alianza con el estado y financiado por un fuerte endeudamiento externo e interno, pasó a comandar el nuevo ciclo de expansión industrial en un proceso de rápido crecimiento. En el período entre 1968 y 1974, este grupo logró disminuir los conflictos más evidentes al satisfacer las demandas de las principales fracciones dominantes (agrarias, mercantiles, financieras e industriales) y algunas de las expectativas de la clase media: fue el período llamado “Milagro Económico.” La militarización y la tecno-burocratización de las administraciones estatales, el abandono del discurso liberal y el endurecimiento del sistema político conformaron el telón de fondo de este proceso. Como resultado, la población fue alejada de cualquier actividad o participación política, y fue desplazada hacia otros espacios de actuación, y a la clandestinidad.

Los partidos políticos y el Parlamento perdieron su capacidad de representatividad o de negociación, lo que hizo que se reactivara un viejo modelo de interiorizar los conflictos en las agencias burocráticas: los nuevos intereses del proceso de expansión capitalista pasaron a ubicarse dentro de la burocracia ejecutiva entrecruzando los intereses de la tecno-burocracia militar con los privados. En esa forma de hacer política,

el gobierno operaba de forma anárquica, respondiendo a las presiones de las fuerzas económico-política. Además, todo el aparato administrativo fue instrumentalizado en esta dirección, lo que estimuló y acentuó el clientelismo y la corrupción. Para las diferentes fracciones populares (geográficas, económicas y políticas), desarticuladas y excluidas de este proceso, el estado reservó una actuación erradica, y discontinua, alternando mecanismos de cooptación y de represión. Así, el gobierno combinó la estatización de las organizaciones sindicales más combativas, con la puesta en práctica de políticas sociales. Estas políticas lograron incluir un porcentaje importante de la población dentro del “mercado capitalista,” aunque haya sido mediante el papel de consumidores y no como una población trabajadora o ciudadana. En este proceso se destacó el papel dado por el gobierno a la seguridad social. También el poder local fue debidamente “domesticado,” y a los medios de comunicación masivos les fue asignada la tarea de construir y de mantener adhesiones y fidelidades políticas simbólicas.

La politización de la competencia económica tuvo como resultado la transformación de la competencia de mercado en una lucha por parte del poder central; además, provocó la fragmentación del poder y de las agencias administrativas del estado, balcanizando el poder. (Fiori, 1995: 109) Como reacción a esta situación, y después de la desintegración de las bases geográficas y económicas que sostenían al estado, éste se burocratizó cada vez más y centralizó su poder en el ejecutivo. En esta dinámica, se enfrentaban el enorme poder estatal con los agentes económicos que tenían una expectativa constante, así como un comportamiento permanentemente defensivo y especulativo. Además, la clase dominante no estaba comprometida con los rumbos de la nación puesto que no se percibía como artífice, mentora o sostenedora de estos procesos; tampoco se identificaba como la verdadera autora de esta forma de desarrollo ni como parte integrante de estas alianzas. En el momento siguiente, esta misma burguesía

defenderá, por un lado, la desestatización y la descentralización, y por otro, no renunciará fácilmente a los subsidios y a los apoyos económicos que el estado proporcionaba.

Así, cuando el ciclo de crecimiento económico expansivo de 1968–74 se agotó, es decir, con el fin del “milagro,” resurgieron los viejos problemas. A éstos se sumaron los nuevos retos originados a partir de transformaciones drásticas, lo que resultó en: la consolidación definitiva de un “polo moderno,” industrial, muy concentrado en términos económicos y regionales, que controlaba mercados constituidos bajo la forma de monopolios; la ampliación de las diferencias regionales en un país de dimensión continental; el crecimiento de la población y el aumento de las desigualdades individuales y sociales. En el gobierno siguiente, que correspondió a la presidencia del General Geisel (1974–78), se hizo el intento de imponer “un nuevo movimiento de centralización estatizante” (Fiori, 1995: 119) a través de un proceso de apertura política “lenta, gradual y segura.” Este proceso se caracterizó por conciliar un relativo aflojamiento de la represión y de la censura política, con una apertura moderada de algunos canales de participación y planeación desarrollista asociados a programas de alcance social, estos últimos sintetizados en el II Plan Nacional de Desarrollo (“II Plano Nacional de Desenvolvimento” [II PND] 1976).

El II PND consistía en un ambicioso plan quinquenal del nuevo gobierno que pretendía retomar el ritmo de crecimiento según la perspectiva del proyecto desarrollista. Buscaba convertir a Brasil en una gran potencia, a pesar de las condiciones internacionales adversas. El programa asumía la necesidad de un desarrollo social en paralelo al crecimiento económico y proponía una política social que buscaba superar la “pobreza absoluta.” Se identificaban la educación y la salud como “problemas persistentes” y se anunciaba una reforma modernizadora de la seguridad social. La política científica y tecnológica también preveía la asignación de recursos para el área social. Como resultado de esta estrategia, el presupuesto del Ministerio de la Salud

aumentó relativamente y se abrieron espacios institucionales en los que se desarrollaron e implantaron programas específicos en el área de la salud. Estos espacios fueron parcialmente ocupados por especialistas que no estaban necesariamente alineados con el gobierno, lo que permitió una ampliación de la actuación de la oposición en esta área.

Se intentaba restaurar la estrategia de utilizar el crecimiento económico, aunque la coyuntura fuera adversa, y enfatizar relativamente algunos programas sociales, que fungían como fuente de legitimación. Sin embargo, esta estrategia ya no encontró base de apoyo para la reconstrucción del pacto conservador, tampoco encontró la posibilidad de una “huida para adelante,” ni de la instauración de un nuevo régimen totalitario (Fiori, 1995). Al enfrentarse a la desaceleración cíclica que sobrevino (1974–75), el gobierno acudió una vez más al endeudamiento externo, contrayendo deudas internas y externas que se volvieron impagables en los ochenta, debido al aumento de las tasas de interés y a la crisis económica internacional, situación que llevó al país a la insolvencia.

El bipartidismo que había sido instaurado fracasó puesto que los procesos electorales tomaron un carácter plebiscitario, con relación al gobierno, al canalizar toda insatisfacción popular contra el gobierno y su partido (Escorel, 1998: 34). Además, a partir de las elecciones de 1974, el partido de oposición empezó paulatinamente a crecer, tanto en número de candidatos que lograba elegir, como en fuerza política. Cabe mencionar que el único partido de oposición congregaba desde sectores liberales hasta múltiples y diferentes corrientes de izquierda, muchas de las cuales seguían actuando en la clandestinidad. Durante el gobierno del General Geisel se alternaban medidas de apertura política y medidas de represión que podían incluir el cierre temporal del Congreso. Como resultado de este proceso controlado, aumentó la libertad de expresión, pero, a la vez, los instrumentos de control represivo del estado permanecieron intactos, o más bien fueron legalizados por medio de reformas Constitucionales y “paquetes” de leyes. En este sentido, algunas medidas liberadoras (como la restauración del *habeas*

corpus en caso de crímenes políticos, el fin de la suspensión de los derechos políticos de los ciudadanos y el fin del derecho del presidente de cerrar el Congreso) eran contrarrestadas con otras que aseguraban el control por parte del gobierno (como la posibilidad de decretar el “Estado de Emergencia”).

El saldo negativo del “milagro” era evidente: concentración de la riqueza; pérdida del poder adquisitivo de los salarios y la manipulación de sus índices de reajuste; aumento de precios; disminución de la oferta de alimentos; colapso de los servicios públicos (transporte, salud); empeoramiento de las condiciones de vida en las grandes metrópolis; deterioro de las condiciones sanitarias; aumento de la mortalidad infantil y de la desnutrición, sobre todo en los centros urbanos; finalmente, la propagación de epidemias, de las cuales la meningitis fue la más dramática de todas porque primero tocó fuertemente a las poblaciones más pobres, pero rápidamente se diseminó por los grupos más pudientes, tema que fue censurado por el gobierno. (Cordeiro, 1982 e Kucinski, 1982 *apud* Escorel, 1998)

Sin salida, y obligado a contener sus gastos según el nuevo plan estabilizador, el régimen perdió paulatinamente a sus principales aliados, tanto a los distintos grupos sociales que lo sostenían, como al capital extranjero, el cual retrocedió ante la situación de insolvencia interna y externa del estado. La lucha entre los grupos dominantes renació con “virulencia inédita” (Fiori, 1995: 112); al mismo tiempo en los intersticios del poder y de la represión creció, de forma autónoma, un movimiento social amplio que buscaba mejores condiciones de vida y mayor participación política. Las Iglesias tuvieron un papel importante en este proceso y se transformó en una de las más combativas instituciones en defensa de los derechos humanos y políticos. Basada en las ideas de la Teología de la Liberación, esta institución promovió un trabajo activo junto a los “pobres y oprimidos,” mediante una amplia red de acción nacional (las Comunidades Eclesiásticas de Base [CEBs]) en las áreas urbanas y rurales. Fue exactamente a partir del

trabajo de las CEBs cuando nació el primer movimiento reivindicatorio de masa de carácter nacional—el “Movimento Custo de Vida”— el cual ganó fuerza sobre todo en la periferia de los grandes centros urbanos, principalmente en São Paulo; este movimiento expresaba la protesta de la población en contra de la creciente miseria (Escorel, 1998: 37). También resurgió el movimiento estudiantil universitario que había sido duramente reprimido anteriormente. Asimismo, las clases medias y altas organizaron movimientos de oposición a partir de algunas estructuras corporativas de los profesionales liberales o especializados, como fue el caso de la Organización de los Abogados de Brasil (Organização dos Advogados do Brasil [OAB]), de la Asociación Brasileña de Prensa (Associação Brasileira de Imprensa [ABI]) y de la Sociedad Brasileña para el Progreso de la Ciencia (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência [SBPC]); estas organizaciones trabajaban estrechamente con el Movimiento por la Amnistía de los presos políticos. Por fin, el movimiento obrero y sindical se reorganizó a partir del sector metalúrgico de punta (localizado principalmente en los alrededores de la ciudad de São Paulo, en la región conocida por “ABC paulista”) con el “Nuevo Sindicalismo.” Fue en este contexto en donde el “movimiento sanitario” brasileño creció y floreció, como analizaremos más adelante.

En síntesis, durante los veinte años del régimen autoritario el patrón de desarrollo excluyente se mantuvo; esta situación generó una estructura extremadamente heterogénea y fragmentada en los ámbitos social y regional. En los años ochenta, la estatización, la inflación, las desigualdades individuales y regionales, y la corrupción alcanzaron niveles jamás vistos hasta entonces. Además, las condiciones de vida y de salud de la población empeoraron mucho en virtud del desempleo, de los bajos salarios y de un proceso de marginación social relacionado con el gran número de trabajadores informales y con la precariedad de los derechos sociales, de los servicios y de los beneficios. La soberanía nacional era permanentemente cuestionada por los acreedores internacionales, a quienes

estaba financieramente sometida, y por el alto grado de autonomía decisiva de las grandes corporaciones multinacionales. Esta coyuntura implicó a una creciente inestabilidad institucional y política, el agravamiento de la situación inflacionaria y de recesión económica, y, finalmente, a la imposibilidad de tomar decisiones y a la ingobernabilidad, tal como había ocurrido en 1964.

A mediados de la década de los años ochenta, esta dinámica cíclica y entrópica condujo a un dilema cuando el estado desarrollista brasileño llegó a su punto límite. La transición democrática subsecuente tuvo características particulares: inicialmente había sido programada como una “descompresión planeada” y como un producto del pacto inter-elites (Melo, 1993; Melo y Azevedo, 1996; Fiori, 1995b); luego se distendió por un largo período y fue conflictiva y confusa, conformando un proceso que combinaba eventuales reformas institucionales con reforma constitucional; finalmente mantuvo a los militares y a los representantes más radicales de los distintos grupos conservadores en el poder.

El sistema de salud en Brasil: una perspectiva histórica

El modelo de intervención del Estado brasileño en el área social se remonta a las décadas de 1920 y 1930, cuando los derechos sociales y de ciudadanía fueron vinculados al lugar del individuo en el mercado formal de trabajo. En realidad, el sistema brasileño de protección social se expande y gana sus características durante dos ciclos autoritarios—el de Vargas (1930–45) y de los militares (1964–84)—y, en consecuencia, “las políticas sociales no sólo estuvieron asociadas a una creciente actividad en el ámbito federal—lo que ocurrió en la mayoría de las democracias federativas—sino que fueron también marcadas por concepciones autoritarias que consagraran el predominio del ejecutivo federal con base en procesos cerrados de decisión y en la gestión centralizada en grandes burocracias” (Almeida, M.H. 1996: 13). El modelo del sistema de protección

social resultante tenía por lo tanto como marca la hipercentralización, la fragmentación institucional y la desigualdad en la distribución de los servicios y beneficios (Draibe, 1986; Santos, 1988; Draibe, 1989; Draibe y Aureliano, 1989; Draibe y Silva, 1990; Castro, 1991).

Eso resultó en una estructura dual que se caracterizó, por un lado, por una actuación en el campo sanitario volcada hacia el control de las endemias, la promoción de campañas sanitarias, la vigilancia sanitaria de los puertos, y actividades referidas a problemas generales de saneamiento urbano, además de provisión de asistencia médica a grupos sociales pobres, y en especialidades específicas (tuberculosis, lepra y psiquiatría). Esas acciones permitieron la consolidación, en la década de los cincuenta, del Ministerio de la Salud. Por otro lado, se organizó el sistema de protección social por categorías profesionales, con cobertura parcial y fragmentada, a través de los Institutos de Jubilación y Pensiones, en sustitución de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones que existían desde 1923 (Braga y de Paula, 1981; Labra, 1985). El modelo selectivo y cooptativo de incorporación política de los trabajadores, en la perspectiva de algunos autores, permitió la consolidación de una red de poder que interconectaba a la burocracia de la seguridad social, la burocracia sindical y los cuadros de algunos partidos políticos, y que favorecía a las categorías detentadoras del monopolio de la representación ante el estado (Malloy, 1976).

Para la política social el golpe militar de 1964 implicó la exclusión de la participación de los sindicatos del proceso de toma de decisión en la seguridad social, reforzando una visión tecnocrática y clientelar de la política sectorial. Además, el gobierno de la Junta Militar protagonizó una reforma institucional y administrativa de grandes proporciones en el sector, en el período 1964–70, que provocó cambios importantes en el complejo institucional de protección social: unificó los Institutos de Jubilaciones y Pensiones en 1966; extendió los beneficios sociales a los trabajadores

rurales y empleados domésticos, al inicio de los 70, así como a otras categorías profesionales en el transcurso de la década.³ En la secuencia de las reformas fue promulgada la base jurídico-legal del sistema de salud, retirando *de facto* del Ministerio de Salud el poder de formulación de la política sectorial: fue creado un Sistema Nacional de Salud (1975) que, en realidad, consolidaba los respectivos espacios históricos de las instituciones y organizaciones públicas y privadas en el sector de asistencia médica, y proponía mecanismos de coordinación inter-institucional entre la seguridad social y el Ministerio de Salud, que no fueron desarrolladas; y fue creado el Ministerio de la seguridad social-MPAS, en 1974, e implantado el Consejo de Desarrollo Social, como una instancia superior de coordinación de las acciones sectoriales y de aprobación de la política de salud. Paralelamente, la creación simultánea del Fondo de Apoyo al Desarrollo Social-FAS, que proporcionó una base financiera, y la de la DATAPREV, empresa pública para la sistematización de la informatización de la seguridad social, en 1974, constituyeron la face modernizadora de la reforma. Finalmente, la creación del Sistema Nacional de Seguridad Social-SINPAS, en 1978, en el cual se insertaba el Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Seguridad Social-INAMPS, consolidaba el poder de conducción política y financiera y la hegemonía de la asistencia médica en el sistema de salud.⁴ La reforma institucional administrativa no alteró la esencia de la lógica privatizante y estaba sometida al clientelismo del estado, originando una crisis financiera de gran magnitud que explotó con fuerza en los años 80.

Por lo tanto, el desarrollo de los servicios de salud se vio vinculado al crecimiento de la asistencia médica de la seguridad social y estuvo delimitado por las crisis financieras del propio sistema.

El predominio de la asistencia médica en el sistema de seguridad social, como modelo de atención a la salud y como volumen de recursos, fue un elemento central en la formulación de la política nacional de salud, sobre todo a partir de la dictadura militar

implantada en 1964. En la década siguiente se consolidaron las principales características de la intervención social del estado brasileño: a) centralización financiera y control de decisiones en el ámbito federal, b) fragmentación institucional, c) ausencia de control y de participación social y-o política, d) tendencia a la privatización del aparato burocrático y e) favorecimiento del sector privado en las relaciones público-privadas.⁵ La política social de los gobiernos militares se centró en la expansión de la cobertura de la asistencia médica, combinando una fuerte intervención del estado como financiador y comprador de servicios al sector privado con la gran penetración de capital privado en el área, y con el favorecimiento de la asistencia hospitalaria en detrimento de la atención básica, y de la preventiva así como de la salud pública. Resultaron así políticas cada vez menos distributivas, reforzadas por el carácter extremadamente regresivo de la recaudación tributaria y por la lógica empresarial de la asignación de recursos, en detrimento del sentido público de las políticas sociales. El modelo de atención resultante era discriminatorio e inícuo.

El concepto de salud colectiva y el movimiento de Reforma Sanitaria en Brasil

A mediados de los años setenta comenzó a delinearse un grupo, compuesto en su mayoría de médicos-sanitaristas militantes en la izquierda comunista y socialista, en torno a la crítica del modelo autoritario de intervención del estado en el sector salud. Ese grupo tenía su sede en algunos departamentos de medicina preventiva, institutos universitarios o de investigación, e instituciones de servicios de salud. Desde allí, y con base en una perspectiva médico-social y con el apoyo de determinados grupos de la Organización Panamericana de la Salud, inició la lucha por la hegemonía al interior del propio “preventivismo,” oponiéndose tanto a los sanitaristas tradicionales, ubicados en algunos grupos de la academia y en sectores de la tecno-burocracia de las instituciones públicas de salud, como a los “racionalizadores,” presentes principalmente en el

Ministerio de la Salud, y a los privatistas que estaban principalmente en las instituciones de seguridad social, y conocidos como “os cardiais do IAPI.” Se oponían, además, a los discursos estrictos de la medicina comunitaria, extensión de cobertura, integración docente-asistencial, etcetera, difundidos por los organismos internacionales, esto es, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Paim, 1985, citado en Escorel, 1998).

La búsqueda de “unidad,” no sólo teórica sino fundamentalmente político-ideológica, en torno a la oposición compartida al autoritarismo militar, fue un hecho decisivo en la conformación de ese grupo. Esa oposición tomó cuerpo en la formulación en el área de la salud de un proyecto que se enfrentaba al de la dictadura, y que se tornó una corriente de lucha al interior de los centros de enseñanza e investigación y de las instituciones públicas del sector. Dos vertientes principales conformaban este proyecto. En primer lugar, se buscaba la construcción de un saber alternativo y crítico con relación a la política de salud puesta en práctica por el régimen militar. En segundo lugar, se trató de estructurar un proyecto técnico-asistencial capaz de transformar el modelo vigente de atención a la salud, y en torno al cual fuera posible reclutar aliados y construir una base de apoyo socio-política.

El concepto de “*Salud Colectiva*” fue entonces formulado con el propósito de institucionalizar un campo de conocimiento específico y una nueva vertiente analítica (Nunes, 1985; Teixeira, 1985, 1987, 1989; Birman, 1991). Se constituyó a partir de la negación de la práctica médica hegemónica, identificada como operadora de un modelo indeseable de atención a la salud, y de la oposición a la práctica tradicional de la salud pública, por sus insuficiencias y subordinación a la perspectiva médica. Al mismo tiempo, la práctica política de ese grupo postulante de la *Salud Colectiva* (que llamaremos a partir de ahora de sanitaristas-colectivistas), reclamaba la “transformación

social,” y para eso abogaba por la constitución de un sujeto dotado de “conciencia social,” conquistada a través de su “conciencia sanitaria” (Teixeira, 1987; Escorel, 1998).

En ese sentido, esa corriente buscaba “distinguirse de las anteriores por su producción teórica, centrada en lo social como determinante de las condiciones de salud,” como también “por apuntar hacia la necesidad práctica del sanitarista como sujeto político de la transformación pretendida” (Escorel, 1987: 95–96) (traducción libre). El adjetivo “colectivo” fue introducido para definir el objeto que se procuraba comprender y sobre el cual se quería intervenir—la dimensión social de la enfermedad (por oposición a lo individual)—y el método de aproximación elegido fue el “histórico-estructural” (por oposición a los abordajes funcionalistas y fenomenológicos utilizados en las décadas precedentes) (Nunes, 1985: 37). Esta formulación va a ser influenciada por la perspectiva estructuralista, o más específicamente, la estructural-marxista (principalmente la corriente althusseriana del llamado estructuralismo político-ideológico), como también, en menor medida, por los gramscianos y otros autores marxistas interesados en los llamados “movimientos sociales.” El esfuerzo de construcción del campo de la salud colectiva, como una propuesta militante, estuvo dirigido por una doble perspectiva: se dedicó, por un lado, a elaborar una base técnico-conceptual de referencia teórica, y, por otro, a organizar una fuerza político-ideológica “contra-hegemónica,” con el propósito de alterar “la correlación de fuerzas [en el ámbito político] a partir de la profundización de la conciencia sanitaria de los varios actores políticos” (Teixeira, 1987: 95) (traducción libre).

La producción de conocimiento a que nos referimos nació, pues, como un “saber militante,” como una especie de base ideológica para una militancia política transferida al área profesional ante la ausencia de canales político-partidarios abiertos y efectivos (Cohn, 1989: 124). Al mismo tiempo, estuvo determinada por un par de jerarquizaciones y subordinaciones. En un primer momento, se orientó por la primacía de lo social sobre

lo biológico, como eje determinante de la problemática vinculada a la cuestión de la salud (Costa, 1990); posteriormente, predominó la subordinación de todos los ámbitos de la reflexión a lo político. Eso habría de condicionar la producción de conocimiento en el área de *Salud Colectiva* a un determinado proyecto político, con un saber y práctica militantes que abarcaban todos los otros campos de acción y reflexión sobre la salud, y que orientaban y condicionaban una propuesta de reforma sectorial.

En su eje conceptual la noción de *Salud Colectiva* se sitúa en un dominio donde confluyen varias áreas del conocimiento que trabajan con diferentes objetos. Ella representa una inflexión decisiva para el concepto de salud (Birman, 1991: 9), ya que, por un lado, niega el universalismo naturalista del saber médico, lo que provoca una ruptura con los discursos biológicos y con la concepción clásica de salud pública, dominantes en el campo de la salud. Por otro lado, promueve la reestructuración del propio campo de la salud pública, dado el énfasis que atribuye a la dimensión histórica de la enfermedad, y a la práctica política como transformadora de lo social. Con la noción aludida se replantea también el lugar de lo “público,” que no se verá como “estatal,” opuesto a lo “privado,” sino en términos del espacio de expresión, enfrentamiento y negociación de demandas, ya sean ellas individuales o colectivas. Esto último provocó “[...] un desplazamiento de la problemática de la salud de su antiguo y exclusivo centro, el Estado, visto como espacio hegemónico para la regulación de la vida y de la muerte de la sociedad. Se retira de éste la condición de instancia única en la gestión del poder y de los valores, y se reconoce el poder instituyente de la vida social, en sus varios planos e instituciones. Es en el *descentramiento* del lugar del Estado y en la relativización de su poder donde la problemática del reconocimiento de las diferencias en el registro epistemológico encuentra históricamente su polo fundador y sus condiciones de posibilidad. El límite impuesto al universalismo naturalista y la apertura del campo de la salud para otras

lecturas posibles, centradas en el reconocimiento de las diferencias, es el efecto teórico primordial en este *descentramiento*” (Birman, 1991: 10).

Uno de los resultados de ese esfuerzo fue la consolidación de la *Salud Colectiva* en el plano institucional, donde logró ocupar un espacio propio en el ámbito académico, diferente tanto de las disciplinas médicas correlativas como de la salud pública. Se reestructuraron y organizaron posgrados, se incrementó el número de maestrías y doctorados en salud pública capacitados para formar recursos humanos de acuerdo con la perspectiva de la *Salud Colectiva*, se financiaron investigaciones apoyadas por los organismos científicos nacionales e internacionales, se realizaron debates, seminarios, conferencias y grupos de trabajo para el desarrollo conceptual y técnico, etcetera. De ese modo, se construyó un proyecto institucional de *Salud Colectiva* que rebasó el proyecto político que lo había alimentado en su origen.

Para socializar sus ideas más allá del ámbito técnico-académico, los sanitaristas-colectivistas crearon en 1976 el Centro Brasileño de Estudios en Salud (CEBES), como la organización representativa de los profesionales que integraban el movimiento de oposición sectorial. Algunos de esos profesionales eran también líderes sindicales del área de salud, integraban grupos de mujeres y actuaban en otros movimientos sociales. Al mismo tiempo, fundaron la revista *Salud en Debate* para difundir un pensamiento crítico en el sector, y promovieron una serie de espacios de discusión. Una de las actividades más importantes del CEBES fue la elaboración de propuestas alternativas de políticas de salud y la formulación de estrategias para su desarrollo. Por iniciativa del mismo grupo fue creada en el ámbito académico la ABRASCO—Asociación Brasileña de Salud Colectiva, en 1979, como un espacio para el diseño de políticas tendientes a la formación de recursos humanos, y de análisis crítico del modelo vigente de asistencia a la salud, así como de generación y difusión de las propuestas de reforma (Scorel, 1998; Teixeira y Mendonça, 1989).

Otro resultado de esa dinámica fue el surgimiento de una vasta literatura preocupada tanto en denunciar la corrupción y la privatización del sector, como en elaborar conceptos que fueran capaces de explicar la dinámica del proceso de mercantilización del sector médico, y alimentar la elaboración de propuestas alternativas que se constituyeran tomando como referencia las particularidades de salud de los diversos grupos sociales. Una parte importante de esa producción centró su atención en los planos jurídico-legal y administrativo-organizacional. La práctica clínica hegemónica, o su expresión organizacional—la asistencia médica—también fue analizada mayoritariamente dentro de este último plano. La Salud (así, con mayúscula) pasó a ser sinónimo de todo—condiciones de vida, trabajo, transporte, recreo, etcetera—y, consecuentemente, de nada, pues había sido desprovista de cualquier especificidad. De forma simultánea, grupos específicos dentro de esta corriente buscaron descubrir las veredas tortuosas por las cuales podría darse la transformación de las necesidades sentidas en demanda social, investigando los llamados “nuevos movimientos sociales” y sus pautas de demanda.

Así, la *Salud Colectiva*, como vertiente analítica, posibilitó el desarrollo de una amplia agenda de investigación, y contribuyó para hacer de la salud un objeto central de investigación para las ciencias sociales. También dotó de cuadros a los organismos internacionales sectoriales y promovió un intercambio de ideas con otros centros de investigación en los países latinoamericanos y en el continente europeo, en particular con Italia y España, debido a la influencia del entonces representante del Partido Comunista Italiano, Giovanni Berlinguer, en los debates sectoriales.

Sin embargo, el punto de referencia principal para la delimitación del proyecto técnico-asistencial de los sanitaristas-colectivistas, que iría a orientar en el futuro la propuesta de reforma sanitaria, fue el mismo que actuó en el caso de otras reformas médicas anteriores, como la de la medicina integral, de la preventiva, de la medicina

comunitaria y de la medicina social. Ese punto nodal fue el hecho de que la generalización del consumo médico no se haya puesto al alcance de todos los grupos sociales, y de que persistieran modalidades aún relativamente excluyentes de producción de servicios de salud (Donnangelo, 1975, 1976). Los sanitaristas-colectivistas, entretanto, negaban que las necesidades de salud encontraran en el campo médico su área privilegiada de expresión, y enfatizaban, por oposición a la asistencia médica, la práctica de la salud colectiva, proponiendo una subordinación de aquella a ésta.⁶

Por lo tanto, los postulados básicos que constituyeron la *Salud Colectiva* se fueron perfilando en oposición a la dictadura militar, y se afirmaron a la sombra del proceso de transición política, como una modalidad específica del discurso sanitarista, con fundamento epistemológico y registro histórico y conceptual propios, al mismo tiempo que se planteaba un proyecto político-ideológico profesional militante de reforma sanitaria, conducido por el llamado “Movimiento Sanitario,” que analizaremos a continuación.

La Salud Colectiva, el proyecto político de la reforma sanitaria y la actuación de los salubristas-colectivistas

Alentado por el contexto de la transición brasileña, y resultado de la confluencia de diversas fuerzas sociales y políticas comprometidas con el proceso de democratización de la sociedad, y con la mejoría de las condiciones de vida y salud de los diversos grupos sociales, surgió a principios de los años ochenta el “Movimiento por la Reforma Sanitaria Brasileña.” Fue conformado y dirigido por la militancia profesional de oposición en el sector, y alimentado tanto por las luchas corporativas profesionales como por la reactivación de las instituciones políticas y de los movimientos sociales, y logró, en un primer momento, “unificar” una posición sectorial global contra la política de salud puesta en práctica por el gobierno autoritario. El “Movimiento” alcanzó mayor visibilidad

a lo largo de esa misma década, en las postrimerías del régimen militar, cuando los sanitaristas que componían su liderazgo pasaron a ocupar la dirección de importantes instituciones sectoriales.

También fueron determinantes para su expansión las diversas manifestaciones de insatisfacción con la política de asistencia médica que se produjeron en diferentes momentos, a partir de la segunda mitad de la década de los años setenta. Dicha insatisfacción se materializó en la destrucción de centros médicos, y en el estallido de protestas espontáneas de asegurados de las instituciones de seguridad social, y de la población no asegurada, en las largas colas de los servicios médicos, en movimientos populares comunitarios y de asociaciones de vecinos, en movimientos feministas referentes a la salud de la mujer; en organizaciones de enfermos “marginalizados” (como los hansenianos), en huelgas de profesionales de salud, etcetera. De forma simultánea, se desencadenó un proceso en el que varias organizaciones (como la Iglesia Católica, los sindicatos y otras asociaciones de la sociedad civil) y partidos políticos progresistas denunciaban la situación caótica de los servicios públicos de atención a la salud (Luz, 1991).

El “Movimiento de Reforma Sanitaria” fue conducido mayoritariamente por médicos-salubristas identificados con la *Salud Colectiva*, oriundos de diferentes instituciones de investigación y de servicios, que tenían en común, como ya se dijo, perspectivas de izquierda, pues muchos de ellos eran miembros o simpatizantes del Partido Comunista Brasileño. El movimiento se desarrolló en los espacios institucionales “posibles,” ocupando “vacíos de poder” (Escorel, 1987). Revitalizando el debate en torno a la salud como política social, ese grupo introdujo una lectura eminentemente político-ideológica de la reorganización de la práctica sanitaria, combinando varias estrategias. Así, se apropió de las medidas racionalizadoras desarrolladas por el estado, actuó en la formación de un determinado tipo de profesional de la salud, promovió nuevas formas de

articulación funcional entre agencias, públicas y privadas, a través de las cuales se desarrollaba la producción de servicios, apoyando, por ejemplo, el fortalecimiento del sector privado no-lucrativo.

En el plano del desarrollo socio-político del “Movimiento,” se delineó un embate político-ideológico dentro del propio campo de la *Salud Colectiva*, que reflejaba no sólo los cambios generales que se encontraban en proceso en la sociedad, sino también los diferentes proyectos políticos en gestación. Así, para los salubristas-colectivistas la reformulación del sistema de salud, vista en el contexto del cuadro político que se diseñaba, hacía parte del proceso de construcción de la democracia. Sin embargo, divergían sobre la mejor estrategia para alcanzar esa reformulación. Algunos, en particular el grupo más próximo al Partido Comunista Brasileño, privilegiaban el ámbito institucional, defendiendo el “control del aparato burocrático estatal” en sus diversos niveles gubernamentales. Otros, vinculados a diversas corrientes de izquierda no-comunista, daban preferencia al ámbito societario, defendiendo el refuerzo de la sociedad civil. Sin embargo, para ambas perspectivas era importante denunciar el compromiso histórico de la burocracia de las instituciones de seguridad social con los intereses del sector privado, la corrupción reinante, las pésimas condiciones de las instituciones públicas de salud y el desprecio por la salud pública. Esto último se reflejaba en la separación entre la asistencia médica, conducida principalmente por el Ministerio de Seguridad Social, y la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, bajo la responsabilidad del ministerio de Salud, además del bajo presupuesto de éste comparado con el del Instituto de Asistencia Medica de la Seguridad Social. En términos concretos, las distintas visiones en torno de la construcción de un sistema democrático y ciudadano significaron dos estrategias principales de lucha y alianzas diversas, no necesariamente semejantes, pero sí complementarias.

Los adeptos al refuerzo de la sociedad civil se inclinaron hacia el apoyo y la colaboración con los movimientos reivindicatorios en pro de mejores condiciones de vida y salud, protagonizados por moradores de la periferia de las grandes ciudades, así como con los movimientos de mujeres. Promovieron también experiencias alternativas en las áreas urbanas y rurales, con la participación de los departamentos universitarios de medicina preventiva. Dichas experiencias fueron financiadas por organismos internacionales y articuladas con otros sectores de la sociedad, como la Iglesia Católica o los gobiernos locales de oposición, en particular aquellos vinculados al Partido del Movimiento Democrático Brasileño (PMDB).

Los “institucionalistas,” que privilegiaban el ámbito político-institucional y postulaban que era a través del estado, y sólo a través de él, que se podrían crear las condiciones para el ejercicio de la ciudadanía, dirigieron su lucha hacia la ocupación del aparato estatal. Consideraban que la histórica fragilidad de las instituciones políticas de la sociedad brasileña, concretada en particular en la falta de partidos políticos programáticos y orgánicamente vinculados a las demandas populares, hacía del estado brasileño el gran modernizador y el responsable por la conducción del desarrollo (Teixeira, 1989). De esa manera, se justificaba el papel protagónico del Movimiento en el proceso de cambio. El Movimiento Sanitario asumiría, por lo tanto, el papel de *Partido de la Reforma Sanitaria* (el “partido sanitario”), puesto que sería el gran catalizador y articulador de los anhelos de cambio de los diferentes grupos sociales (Teixeira, 1989).⁷ De ahí, el constante llamado a la “unidad” del Movimiento. La decisión de “tomar el poder” (Escorel, 1998) fue puesta en práctica mediante la ocupación de cargos técnicos en las instituciones públicas de salud, en los distintos niveles del gobierno. Eso fue posibilitado por una serie de alianzas con segmentos “publicistas” de la tecno-burocracia próximas al partido de la oposición (PMDB). De esa manera, los sanitaristas-colectivistas lograron convertirse en

una vertiente ideológica en las pugnas internas de las instituciones gubernamentales de salud.

Uno de los resultados de tales estrategias fue la inclusión de cuestiones referidas a la salud en los movimientos reivindicatorios desarrollados por diversas organizaciones sociales. Otra consecuencia fue la adopción, por los gobiernos locales de oposición, de algunas de las experiencias alternativas de reorganización de servicios con participación social. En ellos, los sanitaristas-colectivistas tuvieron un papel importante en la puesta en marcha de modelos alternativos de asistencia, que alimentaron propuestas de descentralización y posibilitaron el acceso a puestos de mando o técnicos en el aparato institucional municipal.

A través de procesos extremadamente conflictivos, los sanitaristas-colectivistas se aprovecharon de las disputas por la conducción de la política sectorial, y de las fisuras presentes en la propia tecnoburocracia, para formular y poner en práctica proyectos especiales que, a su vez, fueron estimulados y financiados por el gobierno, a partir del periodo del General Geisel, como resultado de la puesta en práctica parcial y frustrada del II PND (1976). Esos programas abrieron espacios institucionales para la inclusión de miembros del movimiento en el aparato del estado (Scorel, 1998). Así, los proyectos racionalizadores apoyados por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de Salud fueron transformados en *locus* de recuperación de las prácticas de salud colectiva a partir del instrumental de la planificación estratégica (como un “instrumento para el cambio”), y en medios para construir organizaciones alternativas de servicios de salud, que tenían como perspectiva la reversión del modelo hegemónico.⁸ Los sanitaristas-colectivistas también establecieron nexos entre las instituciones del sector (Ministerios de la Salud y de Seguridad Social), promoviendo y ampliando la actuación conjunta por medio de colaboraciones técnicas y financieras, inclusive en el área de formación de recursos humanos.

Esos programas alternativos se valieron también de las propuestas de los organismos internacionales citados para promover la extensión de cobertura en salud, en especial la de atención primaria, y se volcaron hacia los grupos sociales excluidos de la asistencia a la salud (Escorel, 1987; Mendes, 1994). Al apropiarse de esos proyectos de forma instrumental, los sanitaristas-colectivistas lograron financiar proyectos de intervención llamados “alternativos,” que buscaban expandir su campo de práctica estableciendo modalidades de atención de “bajo costo,” con “tecnología apropiada,” desarrolladas con apoyo y participación de la población, con lo cual la *salud pública* era re-instrumentalizada bajo una perspectiva renovada. Como parte de tal dinámica se desarrollaron también algunos “proyectos-piloto” de integración docente-asistencial y de medicina comunitaria vinculados a las instituciones académicas, como los Departamentos de Medicina Preventiva de las escuelas médicas. Fueron igualmente apoyados por los organismos internacionales de salud y por algunas fundaciones privadas, como la Fundación Kellogg.⁹

Con esas experiencias, los sanitaristas-colectivistas ampliaron el campo de actuación del movimiento reformista, articulándolo con fuerzas políticas municipales en distintas regiones del país. Esa dinámica sirvió para reforzar las propuestas reformistas posteriores, al transformar esos proyectos en verdaderos laboratorios donde eran puestos en práctica los nuevos modelos “colectivistas” de reorganización de servicios y de participación social, bajo una perspectiva de democratización y contraposición al modelo hegemónico (Stralen, 1985; Machado, 1988).¹⁰ Para esto fue decisiva la victoria de los candidatos del único partido legal de oposición (el PMDB) en las elecciones municipales de 1976, pues sus gobiernos incorporaron elementos de las experiencias “alternativas” anteriores. La salud pasó a integrar la agenda política local. Estos eventos trasladaron la “lucha por la reforma,” y los conflictos a ella inherentes, a los niveles estatales y municipales. Las articulaciones entre las experiencias municipales de cambio

comenzaron a ocurrir con la realización de los Encuentros de Secretarios Municipales de Salud en 1979.¹¹ Algunos de esos funcionarios eran oriundos del grupo de sanitaristas-colectivistas y habían participado de las experiencias alternativas mencionadas. En 1980 fue creado el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), con el objetivo de representar los intereses sectoriales en los diversos niveles de negociación de la política de salud.

Al mismo tiempo, los sanitaristas-colectivistas, con el apoyo del PMDB, reactivaron los foros sectoriales de discusión, tales como las Conferencias Nacionales de Salud (CNS)¹² que se venían realizando de manera irregular desde 1947, aunque básicamente como instancias tecno-burocráticas. La 4ª CNS había ocurrido en 1965 y, por contraste, entre 1974 y 1979 fueron realizadas la 5ª, 6ª y 7ª Conferencias, en las cuales fue creciente la participación de los salubristas-colectivistas, aunque esos forums continuasen siendo eminentemente tecno-burocráticos. La 7ª CNS, en 1979, después de la cual habría un lapso de siete años de interrupción porque el gobierno se rehusaba a convocarlas, tuvo como tema la implantación de una red básica de servicios de salud a escala nacional; en ella se puso de manifiesto el embate que ya se venía procesando en los bastidores del ámbito burocrático sectorial (Almeida and Oliveira, 1979). Como consecuencia, fue creada una instancia coordinadora de las acciones en salud, compuesta por integrantes de los diferentes ministerios la Comisión Interministerial de Planificación (CIPLAN), y se elaboró un proyecto racionalizador de la asistencia médica prestada por el INAMPS—el llamado *Prev-Saúde*.¹³ Este proyecto fue abortado debido a la radicalización de las posiciones, tanto de la tecnoburocracia cuanto de las fracciones más aguerridas de los sanitaristas-colectivistas, después de suscitar, por primera vez, un gran debate público en el país en torno a la salud pública.

También buscaron ampliar el abanico de alianzas en dirección al sector médico-liberal vinculado a la seguridad social. En 1979 se realizó, en la Cámara Federal de

Diputados, el I Simposio sobre Política Nacional de Salud. Fruto de las articulaciones de los reformistas con grupos partidarios, ese foro contó con la participación del CEBES, de organizaciones sindicales médicas, de grupos de investigadores de la oposición sectorial y de representantes del sector privado, con lo que se amplió todavía más el debate público y se acentuó la politización de la agenda para el sector.

Todo este proceso desembocó en una importante crisis político-institucional en el sector salud, que coincide con la declinación del régimen militar a inicio de los años ochenta, con el agravamiento de la crisis financiera de la seguridad social, y, consecuentemente, con la aplicación de medidas racionalizadoras en el ámbito de la asistencia médica. Con el proceso de transición política, a partir de 1982, y después, en 1985, con el advenimiento de la “Nueva República,” varias dinámicas de cambio que se venían procesando en diversos niveles de gobierno, aceleraron y contribuyeron a renovar el movimiento municipalista por la salud. El Movimiento Sanitario ya había, para entonces, perfilado los postulados básicos de un nuevo modelo de atención y participaba del debate político con un discurso de reforma, que se convirtió en el programa de acción sectorial de la “Nueva República.”

El último gobierno militar respondió a la crisis financiera sectorial creando el Consejo Nacional de Administración de la Salud de la Seguridad Social—CONASP, foro institucional para discusión de problemas y orientación de soluciones. Las soluciones planteadas estaban centradas fundamentalmente en la necesidad de reducir los gastos de la asistencia médica, y se tradujeron, agosto de 1982, en el Plan de Reorientación de la Asistencia Médica de la Seguridad Social, el llamado “Plan CONASP” (Teixeira y Mendonça, 1989; Mendes, 1994). La creación del Consejo fue interpretada por los sanitaristas-colectivistas como un triunfo, resultado de las alianzas que ellos habían construido con el sector médico-liberal que controlaba el INAMPS, y que les habían permitido incrustar en el seno de una institución en crisis las temáticas del proyecto

contra-hegemónico (Mendes, 1994). El “nuevo modelo asistencial” propuesto por el Plan CONASP tendría como base legal los convenios trilaterales entre los ministerios de Seguridad Social (MPAS), de Salud y las Secretarías Estatales de Salud. A través de ellos se pretendía integrar, en la práctica cotidiana de los servicios, instituciones históricamente distintas y que siempre habían trabajado separadas. En esta propuesta está el origen de la formulación posterior del Programa de las Acciones Integradas de Salud (AIS), iniciado en 1983, y que constituye un importante antecedente de la descentralización en el sector salud.¹⁴ El Programa de las AIS fue importante en el fortalecimiento de la articulación municipalista de la salud. Por un lado, permitió la transferencia de recursos para las nuevas administraciones, lo que revitalizó el sistema de salud municipal con la recuperación o estructuración de redes básicas de atención. Además, fortaleció los mecanismos de gestión colegiada, tanto en los ámbitos federal como local y transformó ese tipo de negociación en el eje fundamental de la política de salud, sobre todo a partir de 1985.¹⁵

Las condiciones políticas para concretar la reforma sanitaria fueron dadas por la Nueva República (1985–89), cuando los reformistas, en el comando de las principales instituciones del sector, como el INAMPS, el MPAS, y la Fundación Oswaldo Cruz del Ministerio de Salud, procuraron poner en práctica, aunque de forma inconexa, algunas propuestas desarrolladas dentro del ideario de disminuir la deuda social acumulada. Estos profesionales y sus equipos, apoyados por los partidos participantes de la coalición victoriosa, orientaron sus acciones con la intención de mantener la politización de la salud para influir también en los cambios constitucionales. A partir de entonces ganó mayor aliento la propuesta de municipalización de los servicios, y se intensificó el movimiento municipalista, que reivindicaba la reforma tributaria y una mayor autonomía para la formulación de políticas locales. En ese sentido, los Encuentros Nacionales de Secretarios Municipales de Salud no sólo continuaron efectuándose, sino que

comenzaron inclusive a ser apoyados por el Ministerio de Salud.¹⁶ Los Encuentros culminaron, en 1988, con la creación de los Consejos Estatales de Secretarios Municipales de Salud y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS). Estos Consejos cumplieron en el ámbito local la misma función que el Consejo de Secretarios de Salud cumplía en el estatal. Ellos van participar en diversos escenarios de discusión de la política de salud, representando intereses específicos.

La 8ª CNS, efectuada en marzo de 1986 en Brasilia, con una asistencia multitudinaria, se transformó en espacio de un amplio debate político nacional. Fue precedida por Conferencias Municipales y Estatales en todo el país, en las cuales se difundió y se debatió la propuesta de reforma, finalmente aprobada por delegados elegidos en asambleas de composición heterogénea, en las cuales se buscaba garantizar la representación de todos los actores involucrados con la cuestión del derecho a la salud como grupos de pacientes, alumnos de escuelas médicas, residentes, profesionales de la salud, corporaciones médicas, etcetera, lado a lado con sindicatos, grupos de mujeres, funcionarios locales, representantes de partidos entre otros. La 8ª CNS, resultado de esos encuentros preparatorios, fue fomentada y coordinada por algunas de las principales instituciones del sector en manos de los sanitaristas-colectivistas, como la Fundación Oswaldo Cruz, entonces dirigida por el doctor Sérgio Arouca, y el INAMPS, bajo el mando del doctor Hésio Cordeiro, ambos destacados líderes de fracciones importantes del Movimiento.¹⁷ La propuesta de reforma fue dada a conocer principalmente a través de la revista *Salud en Debate* del CEBES, de las publicaciones de la ABRASCO y del proyecto intitulado “Reunión, Análisis y Difusión de Información en Salud” (RADIS), que venía siendo desarrollado por la Escuela Nacional de Salud Pública, de la FIOCRUZ, desde la década de los años setenta. El RADIS había sido concebido para la captura y difusión de informaciones referentes a la salud, en la época de la censura a la prensa durante la ditadura militar, y fue reestructurado en el contexto de la 8ª. Conferencia,

cuando, al lado de sus publicaciones regulares, se fundó el *Jornal da Reforma Sanitária*, que circuló nacionalmente desde 1985, durante la preparación de la Conferencia, hasta los días de la aprobación de la nueva Constitución (1988).

El debate logrado durante la 8a Conferencia, hasta entonces inédito en el país, legitimó la victoria del ideario político-ideológico de reforma de la política de salud. En parte, porque hizo posible que a lo largo de toda una semana los principales periódicos del país pusieran en sus primeras planas la reunión y sus debates, mientras que las mayores cadenas de televisión exhibían entrevistas con los principales líderes del Movimiento. Así, la propuesta de la reforma de la salud se tornó de dominio público. Por otro lado, el debate en torno de la estatización *versus* la privatización, polarizado y radical, estuvo en el centro los enfrentamientos dentro y fuera de la Conferencia. El sector privado se abstuvo de participar de la Conferencia, en una clara estrategia de no-reconocimiento de ese foro y de las temáticas que le dieron cuerpo. Su participación se dio, de hecho, a través de la prensa, que divulgó sus críticas, protestas, opiniones y propuestas contrarias a la reformulación que estaba siendo discutida, conjuntamente con las noticias del evento, alentando a los grupos más radicales de la Conferencia en sus propuestas de estatización.

La propuesta tecnico-asistencial de reforma sanitaria aprobada en la Conferencia proponía romper con el modelo corporativista tradicional, revertir la línea privatizante de la política sectorial e integrar áreas correlativas de política social, histórica y estructuralmente tratadas por separado. Propuso la institución de un Sistema Único de Salud (SUS), con acceso universal e igualitario, atención integral en todos los niveles, privilegiamiento del sector público y regulación efectiva sobre el sector privado. Formalizó también un concepto ampliado de salud (correlacionándola con condiciones de vida, trabajo y recreación) y mecanismos de participación y control social. Presuponía, para su operacionalización, la revisión de los mecanismos de compra de servicios, de las

relaciones con los productores de insumos y equipamientos; revisión de las fuentes y mecanismos de financiamiento (inclusive tributación); recuperación y ampliación del sistema de servicios de salud según base geográfico-territorial, además de la descentralización y fortalecimiento del poder local.

Por otra parte, por esos años, la situación del sector privado brasileño se tornaba cada vez más compleja. Eran los momentos en los que se iniciaba la expansión de un sector privado “autónomo,” independiente del financiamiento estatal (empresas médicas de pre-pago y seguro-salud), (Faveret y Oliveira, 1989; Médici, 1990; Andreazzi, 1990) y empezaba la entrada de empresas multinacionales en el mercado privado de servicios de salud. Ese último hecho provocaba enérgicas protestas del empresariado nacional, que se había beneficiado durante el régimen militar de la política de transferencia de recursos del sector público al privado. Esos empresarios se hacían oír a través de la Asociación Médica Brasileña (AMB), la Federación Brasileña de Hospitales (FBH) y la Asociación Brasileña de Medicina de Grupo (ABRAMGE) (Cordeiro, 1984: 88 e 89).

Uno de los efectos más importantes de la 8ª CNS, y que constituyó un nuevo agregado al edificio de la reforma, fue la creación, a través de la Seguridad Social-INAMPS, del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS) en 1987, concebido como una estrategia de transición para el Sistema Único de Salud (SUS).¹⁸ También fue creada la Comisión Nacional de la Reforma Sanitaria (CNRS), compuesta por representantes de las organizaciones sindicales, de profesionales del sector, empresarios, burocracia e investigadores, para la discusión de la implantación de la propuesta reformista. En este foro, la corriente reformista colectivista fue derrotada y, en la práctica, la Comisión tuvo un papel más retórico que operacional. Sin embargo, la CNRS fue otro termómetro para medir la fuerza de los conflictos y el tamaño de las resistencias, provenientes muchas veces de los propios aliados en la lucha democrática.

Las divergencias señaladas anteriormente marcaron profundamente al sector de la salud en la década de los años ochenta, cuando convivieron las más variadas prácticas políticas de articulación estado-sociedad, no sólo en el sector, como muestra de la enorme diversidad de tendencias y tensiones. Los parámetros ideológicos que definieron las reformas sociales, así como las presiones de los nuevos actores, convergieron inevitablemente en la Asamblea Nacional Constituyente (1987–88), sin contar, entretando, con el refuerzo de un sistema partidario que pudiera servir de red para la negociación (O’Donnel 1987; Fiori, 1989; Diniz, 1989; Castro, 1991). Por otro lado, las afiliaciones y divergencias partidarias se manifestaron agudamente en todos los procesos de discusión y reformulación en el área de salud, aunque nunca fueron hechas explícitas (Cohn, 1989).

En vista de eso, y con el propósito de garantizar la adhesión de los Constituyentes, los sanitaristas-colectivistas organizaron otro foro—la Plenaria de las Entidades de la Salud en la Constituyente—que funcionó como importante fuerza de presión en el Congreso. Montada como “una articulación suprapartidaria,” la Plenaria congregó cerca de dos centenas de entidades y consiguió construir “un pacto progresista”—la Enmienda Popular—que sobrepasó coyunturalmente las divergencias existentes en el movimiento sanitario (Teixeira, 1987, 1989). Esa Plenaria fue decisiva para la aprobación de los principios de la reforma y enfrentó, como las estrategias anteriores, una fuerte oposición del sector privado, fuertemente representado y actuante en el Congreso. La tesis *salud como derecho de ciudadanía y deber del Estado*, lema de la bandera de lucha sectorial, fue inscrita en la nueva Constitución. Las CNSs fueron institucionalizadas como foros democráticos de debate de la política sectorial, a ser realizadas cada cuatro años.

La nueva Constitución brasileña aprobó un *Welfare State* en los moldes europeos (Faveret, 1989; Fiori, 1991; Médici, 1991). Los beneficios se tornaron universales, independientes del vínculo contributivo del ciudadano. Se unificaron y ampliaron las

fuentes de recursos federales y se creó el Presupuesto de la Seguridad Social (OSS), dirigido al financiamiento de la salud, protección y asistencia social. Por último, se inscribió el derecho de acceso universal a cualquier servicio de salud financiado por los fondos públicos. De hecho, era un avance en lo referente a la noción del derecho social universal. Entretanto, poco se discutió en el Congreso Constituyente sobre la forma de financiamiento relacionada con la incorporación de estos nuevos derechos y, al mismo tiempo, se aprobaron medidas redistributivas sin garantizar los recursos necesarios para su puesta en marcha (Fiori, 1991). El proceso de negociación que precedió a las etapas finales de la Constituyente y los acuerdos efectuados acabaron por introducir innumerables inconsistencias y ambigüedades en la nueva Constitución, que fueron remitidas a las subsecuentes etapas de reglamentación jurídica. El debate siguió en el campo legislativo, tanto en el ámbito federal, donde se dio la reglamentación de la Ley Orgánica de Salud aprobada en 1990, como en el estatal y municipal, con la promulgación de las constituciones estatales y las Leyes Orgánicas de Municipalidades.

Paralelamente, y de manera independiente de la discusión de la Constituyente, se verificó un movimiento real de privatización del sistema de asistencia y financiamiento sectorial, como corolario de la crisis financiera de los años ochenta. Los gobiernos de la “Nueva República,” si bien no los promovieron directamente, contribuyeron con su pasividad al crecimiento del mercado privado de servicios de salud, como una alternativa a la crisis y a su propia bancarrota (Faveret y Oliveira, 1989; Médici, 1990; Vianna et al., 1990). Por otro lado, los sanitaristas-colectivistas no identificaron oportunamente esa dinámica, y desdeñaron su importancia en la reorganización del sistema de salud.

Siendo así, en el proceso de implantación de los ideales Constitucionales se entrelazaron dinámicas contradictorias que repercutieron en el sector salud de forma particular. Mientras que las medidas de aplicación de la reforma privilegiaban la descentralización y pregonaban el fortalecimiento del sector público, el OSS no fue

respetado. Los recursos para la salud disminuyeron de manera importante, *pari passu* a la homogenización del consenso político neoliberal durante el gobierno Color de Mello (1990–92), recuperándose parcialmente, de forma muy inestable, en los dos períodos de Fernando Henrique Cardoso (1994–2002).

Esa dinámica se reflejó también en la mayor visibilidad de las diferencias al interior del propio movimiento sanitario, que se desarticuló en la segunda mitad de los años noventa. Pero el proceso de reglamentación de la Constitución siguió su curso bajo la lógica de la racionalidad económica volcada hacia el quiebre del “monopolio” del estado. Ese cambio de conducción del desarrollo provocó fuertes tensiones entre el ejecutivo y los sanitaristas, ahora pulverizados en los diferentes partidos. Muchos de ellos diputados y senadores, o asesores en el Congreso y secretarios de salud en estados y municipios por los principales partidos de oposición. De toda forma, el debate viene centrado en la reforma administrativa del estado, claramente afinada con la agenda internacional de reforma sectorial, que incluye tanto la privatización como la tercerización y el énfasis en la contratación de servicios. En el debate se enfatizan el gerencialismo y las reformas orientadas hacia el mercado y la introducción de mecanismos competitivos para estimular el mejor desempeño del sistema de salud.

En ese nuevo contexto avanzó la descentralización, pasando a ser el eje de la construcción del SUS. El proceso de toma de decisiones se hizo más complejo, ya que se institucionalizaron los llamados “Consejos de Salud” en 1990—nacionales, estatales y municipales—compuestos por representantes de la sociedad civil, y las Comisiones Inter-gestores—federal y estatal—se transformaron en instancias de decisión, en las cuales los representantes de los secretarios municipales y estatales de Salud juegan un papel importante. Esos Consejos actúan con regularidad, pero su dinámica refleja el juego de fuerzas del poder regional, evidenciando el dilema de construcción de un Sistema Único de Salud en un país continental, con enorme diversidad y heterogeneidad. La

descentralización ha exacerbado la fragmentación del sistema y debilitado la legitimidad del SUS como una institución nacional. El SUS municipalizado tropieza con las profundas disparidades regionales, con los cuellos de botella colocados por la situación económica y con la falta de coordinación y mecanismos redistributivos más efectivos. Algunas innovaciones, como la creación de agencias reguladoras autónomas (la de vigilancia sanitaria y epidemiológica, y la de regulación de los seguros privados), la propuesta del ejecutivo federal de privilegiar la atención básica en el ámbito municipal a través del pago per capita, la de fomentar con incentivos programas especiales como el de Médico de Familia y el de los Agentes Comunitarios, sin una adecuada reestructuración de la red de servicios traen el riesgo de aumentar o profundizar la fragmentación del sistema así como promover la focalización en determinados tipos de atención para grupos específicos. A su vez, los municipalistas beneficiados con nuevas cuotas de poder acabaron por incorporar algunas de las “inovaciones” gerenciales, que resultaban tanto de sus experiencias en la administración del sector, como de la difusión masiva de los “nuevos modelos de reforma” (tercerización, introducción de mecanismos competitivos, gerencialismo) (Almeida, 1995, 1996 a y b, 1999) a cargo, sobre todo, de los organismos internacionales. En paralelo, y en respuesta al aumento de las demandas civiles en contra del sector de seguros privados, en los últimos años, el gobierno y el congreso entraron en un arduo proceso de regulación de ese sector, que cuenta con cabildeos poderosos, bien organizados y fuertemente arraigados en la política sectorial.

El SUS está inmerso en la etapa de contrarestar procesos de naturaleza macro, que fijan nuevas pautas para viejos atolladeros del sector, como son la incorporación de inovaciones, la regulación y la cuestión financiera. Por otro lado, recién fue aprobado un porcentaje definitivo de recursos del OSS para la salud, importante punto en la agenda universalista de reforma desde la Constituyente.

Puede decirse que el frente de lucha es hoy más difuso y hay un cierto grado de desilusión y escepticismo entre los antiguos militantes de la corriente sanitarista-colectivista. Por otra parte, de una manera general, el ámbito técnico-científico ha venido desarrollándose de forma considerable; la ABRASCO se consolidó como *la* organización representativa de la academia del área de salud colectiva y sigue promoviendo los concurridos congresos nacionales de Salud Colectiva, de Salud y Ciencias Sociales, y de Epidemiología. De alguna forma, las “especializaciones” y las fisuras se mantienen entre los distintos grupos que componen el campo de la Salud Colectiva. Evidentemente, el sistema de salud fue reorganizado, y los cambios más importantes fueron por un lado, constituirse en un sistema abierto a los diversos grupos sociales, independientemente de los vínculos con el mercado de trabajo. Por el otro, se logró cambiar su eje de decisión, exclusivamente centrado en Brasilia, para incorporar actores de los estados y municipios. Sin embargo, esos cambios no fueron suficientes para conquistar mejores niveles de equidad, particularmente en una coyuntura de larga duración que continúa generando pobreza y a la cual no se le ve fin en un futuro cercano.

El Caso de México

La salud en el contexto político y económico, 1960 a 1980

El contexto en el que un grupo de profesionales del área de la salud pública logran crear una organización para influir en el conflicto en torno a la reorientación de la política de salud en México, igual que en Brasil, considerando las especificidades de cada país, es de crisis y de transformación de su sociedad. Regresemos un poco en el tiempo para entender mejor la naturaleza de las transformaciones en proceso.

La huelga estudiantil de 1968, y su trágico desenlace, fueron el inicio de un largo período de ajustes en el ejercicio del poder político para hacer frente tanto a la crisis política como a la económica que ya se anunciaba (Christlieg y Algazi, 1993: 157–58).

Fue cuando el México “exitoso,” que emerge del período conocido como de “desarrollo estabilizador,” se vio presionado a responder a nuevas pautas de demanda, introducidas por los grupos sociales fortalecidos y promovidos por el crecimiento industrial. México ostentaba una sociedad mucho más compleja, diferenciada socialmente, con una clase media urbana significativa y diversificada en sus intereses y expectativas; a la par, la desigualdad social se había acentuado, dejando en evidencia que el crecimiento económico logrado no había significado una mejoría equitativa para todos los sectores sociales. A las tradicionales presiones obreras por mejores salarios, y a las campesinas por tierra, se aunaban las de un número creciente de empleados de oficinas, de marginados o semimarginados urbanos, de maestros, de campesinos depauperados tanto como de empresarios y propietarios agrícolas (Brachet-Márquez, 1994, Warman, 2000).

La década siguiente fue de presión social, caracterizada por la insurgencia sindical liderada por organizaciones independientes. También fue una década de inflación, de deterioro salarial, de desempleo y de conflicto entre las cúpulas sindicales y sus bases, de disputas entre líderes en las cuales los sindicatos oficiales actuaban para bloquear los intentos de organización independiente. La demanda por democracia y por apertura del sistema político a nuevas fuerzas se hizo presente, igual que la crítica a la feudalización de las instituciones públicas por los grupos de interés y a la centralización del Estado. Esta combinación de fenómenos se expresó en las crecientes tasas de abstencionismo electoral, y sirvió para intensificar los conflictos en el interior del Partido Revolucionario Institucional (PRI) entre las diversas corrientes y entre los sectores corporativos, representados por la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM), y las clientelas urbanas, organizadas en la Confederación Nacional de Organizaciones Populares (CNOP), una entidad del mismo PRI que había sabido acercarse a los habitantes más empobrecidos de la Ciudad de México (Davis, 1990: 67). En el campo se multiplicaron

las movilizaciones en torno a las reivindicaciones agraristas al lado del surgimiento de una guerrilla rural.

Fue también una década en la que más una vez se hizo uso de la política social, para negociar conflictos y ampliar las redes de intereses vinculadas a la intervención estatal en el campo social. El presidente Echeverría (1970–76) promovió una política de intervención del estado para aliviar la presión social y Lopez Portillo (1976–82), favorecido por el *boom* petrolero, pudo continuar privilegiando a las clientelas cautivas, a través del mantenimiento de programas diversos y de la multiplicidad de unidades administrativas, en un contexto claro de crisis económica y de crítica al gasto excesivo del estado. Por un lado, se buscó la expansión y consolidación de las instituciones de seguridad social. Crece la infraestructura de servicios médicos en la principal institución de Seguridad Social—Instituto Mexicano del Seguro Social—y amplía su ámbito de acción abarcando el cultural, el recreativo y el deportivo. Para eso, se funda una amplia red de teatros, de centros recreativos y vacacionales. Se incorporaron también como derechohabientes algunos segmentos de las bases campesinas movilizadas por la Confederación Nacional Campesina (CNC), particularmente aquellos con capacidad de pago: esto es, los asalariados, jornaleros agrícolas, los integrantes de ejidos colectivos y asociaciones de crédito, los ejidatarios individuales y los pequeños agricultores. (Abrantes, 1997) En materia de vivienda se creó el Infonavit (1971), como también fue aprobada la Ley de Asentamientos Humanos (1976), a pesar del antagonismo del sector privado, para facilitar las políticas de regularización de la tierra a favor de la población urbana de escasos recursos. Sin embargo, su puesta en práctica fue conflictiva, y fue interpretada como una expresión de la declinación de la capacidad del estado para poner en práctica sus políticas (Aldrete-Haas, 1991: 72).

Para la población campesina, y marginada urbana, no afiliada a las instituciones de seguridad social, y que correspondía a más de 50% de la población, fueron puestos en

práctica diversos Programas de Extensión de Cobertura, para los cuales la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) contaba con 1.6% del presupuesto de egresos de la Federación. Esos programas buscaban mejorar las condiciones de acceso a los servicios de salud así como de las condiciones sanitarias, destinando gastos para caminos vecinales y agua potable, y promoviendo la participación comunitaria. En 1973 se incorpora el concepto de solidaridad social a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social dando inicio, de forma muy limitada debido a la oposición de la CTM, a la prestación de servicios médicos a la población rural no cotizante. En 1979, en una coyuntura caracterizada por la adversidad económica, fue creado el Programa IMSS-Coplamar, para asegurar a la población del campo y de la ciudad no asegurada debido a su situación de informalidad y de pobreza, el acceso a los servicios mínimos de salud.

Esos programa, igual que otros, duplicaron una vez más tanto funciones como instituciones y no lograron satisfacer las demandas de servicios de salud, debido a que estaba previsto sólo otorgar atención del primer nivel y no distribuir de forma equitativa los recursos del sector salud. Menos todavía lograr la meta política de los gobiernos latinoamericanos de “Salud para todos en el Año 2000.” Muchas de esas soluciones adoptadas para mantener el apoyo de los grupos sociales, implicaron costos políticos y económicos y, como muchos no fueron llevados a cabo, acabaron por no atender a las necesidades de legitimidad. El déficit público agrabose, poniendo en tela de juicio la política social basada en la incorporación fragmentada de los intereses sociales, y en la expansión desigual de los beneficios y del poder de la burocracia intervencionista. El consenso en torno a la necesidad de unificar las instituciones de salud, para poner fin al mosaico de instituciones relativamente autónomas que conformaban el sector salud y de crear una Secretaría de Salud con capacidad rectora, crecía entre profesionales del sector salud, igual que la exigencia de una mayor especialización en los manejos de la cosa

pública como fórmula para optimizar los escasos recursos públicos y hacer frente a la corrupción.

En esas condiciones, la conducción de la crisis económica en el gobierno Echeverría provocó tensiones con el sector empresarial, llegando a transformarse en confrontación directa. La fricción con el sector privado se debió a las políticas de control de precios y de subsidios a productores y consumidores, de nacionalización, de gravamiento del capital, y a la creciente intervención estatal para dar una respuesta a la presión social. Las batallas verbales entre las cámaras patronales y el gobierno, en las que la denuncia de rumores de actos terroristas eran frecuentes combinadas con acciones izquierdizantes de Echeverría, como la de expropiación de tierra en el estado de Sonora, los llevó a recurrir a la fuga de capitales y a construir, en 1975, la primera organización patronal sin la tutela del estado, el Consejo Coordinador Empresarial, una entidad gremial llamada a coordinar las políticas del sector privado (Rubio, 1990: 43).

Es conveniente tener presente la crisis fiscal, producto del endeudamiento que afectó drásticamente al sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970–76), aunada a la crisis monetaria internacional y a la caída de los precios del petróleo. La economía mexicana no entró en completo colapso debido solamente al anuncio de las enormes reservas del combustible, lo que contribuyó a crear una ola de confianza y a detener temporalmente el círculo de la crisis durante el período de López Portillo (1978–82), con consecuencias severas para el período De la Madrid (1982–88). Sin embargo, la crisis económica se siguió profundizando, al igual que la especulación y la fuga de capitales, lo que llevó a la nacionalización de la banca en septiembre de 1982, así como al control de cambios (Sorria 1997: 87). Las tentativas de apertura del sistema político durante el período de Echeverría, que llegó a ser tema constante del discurso de los dirigentes mexicano, sólo permitió al PRI continuar ganando las elecciones, al mismo tiempo que abría lentamente espacios para la competencia electoral (Woldenberg y Huacuja, 1993). De todas maneras,

los vientos democratizantes fueron llegando lentamente a la prensa, junto con el discurso de “diálogo abierto,” de varios protagonistas frente al crecimiento de los sindicatos independientes.

Los pilares más sólidos y profundos de la estructura de poder del estado mexicano, en los cuales reposaban la estabilidad del régimen, se estaban agrietando. Ese agrietamiento del régimen se expresaba en: a) la pérdida gradual de prestigio del presidente—pieza medular del sistema—acompañada del surgimiento de otros centros de poder; b) períodos de falta de acción del PRI, como instancia mediadora en el conflicto redistributivo junto a las organizaciones corporativas, reflejados en el abstencionismo y en la expansión de organizaciones sindicales independientes; c) una complejización del aparato administrativo, acompañada de un crecimiento irracional de las instituciones de política social, en respuesta a la presión social (Rousseau, 2001).

La salida para la crisis de legitimidad en el período de López Portillo se situó también en la esfera administrativa: se buscó crear una gestión pública, basada en la competencia técnica, para diferenciarse de las administraciones pasadas y deslindarse de sus políticas y estilos. La planificación, la búsqueda de la racionalidad administrativa, el control del gasto público, conformaron el escenario político administrativo de la Reforma Administrativa. Esta preconizaba una reorganización del sector público para hacer frente a la corrupción, a la ineficiencia y al desarrollo anárquico. Esa estrategia gana fuerte aliento con la ola de planificación para el desarrollo presente en casi toda América Latina en la década de los años setenta. El resultado, como señala, Rousseau (*op.cit.*, y Valdés, 2001), fue la entrada a las instituciones federales de un nuevo personal capacitado para hacer frente a los problemas del país. La Secretaría de Programación y Presupuesto (SPP) fue el polo catalizador e irradiador de esa nueva tendencia con la que se hizo el primer intento para utilizar el Presupuesto por Programas como herramienta de intervención en

las diversas dependencias públicas, y así romper con los grupos de poder incrustados en la burocracia.

En el ámbito del sector salud, el proyecto planificador empieza a perfilarse en Salubridad y Asistencia cuando, en el marco de la reforma administrativa para organizar el sector público, se crea la Secretaría de Planeación y su titular fue el bioquímico José Laguna Garcia, de la Universidad Autónoma de México. El doctor Laguna tenía en el horizonte de sus preocupaciones, al igual que sus pares de Estados Unidos de America (EUA) e Inglaterra, el aumento de los costos de los servicios médicos, debido a la continua incorporación de tecnología y las dificultades en el control de gerencia. En consecuencia, una de las propuestas en vigor era la de organizar un sistema de información, en consonancia con la Secretaría de Programación y Presupuesto. También era parte del proyecto consolidar un área de producción de conocimiento e información, para ser aplicados en la solución de los problemas de salud, y como herramienta para lograr el equilibrio entre las necesidades y los recursos, para evitar la duplicación de funciones, el dispendio de esfuerzos y obtener, así, un mayor rendimiento de los recursos humanos y materiales (Rodríguez y Vital, 1979: 274). Sin embargo, todos los intentos de racionalizar costos e integrar las políticas y programas de todas las instituciones públicas de salud no lograron grandes resultados.

La búsqueda de una mayor eficacia y control estatal fue acompañada de una tentativa de modificar el proyecto económico, afianzado por la abundancia petrolera. La meta era promover un crecimiento económico a tasas sin precedentes, basado en la expansión del gasto público. El PIB creció, la inversión aumentó y el empleo urbano se expandió. También provocó desequilibrio de la balanza de pagos y déficit fiscal y, debido a una alza del precio del petróleo, aceleró el gasto público, disparando el déficit fiscal. Este fue financiado en parte con préstamo externos, aumentando la deuda externa privada. Esta se agrabó con la caída de los precios internacionales del petróleo, en 1981, no

prevista por el gobierno, acelerando la fuga de capitales ante una perspectiva de devaluación del peso, que fue inevitable. La nacionalización de la banca así como las críticas de mala conducción de la política macroeconómica interna, agudizaron, en las postreras de su gobierno, las tensiones de López Portillo con el sector privado (Lustig, 1994).

Las estadísticas revelaban un país en recesión, creando un panorama nada alentador, ni política ni económicamente, para el nuevo candidato del PRI, Miguel de la Madrid, más próximo al grupo de los nuevos políticos administradores de la Secretaría de Crédito Público, muchos de ellos ya contaminados por el discurso neoliberal privatizador. Para muchos de ese grupo, la crisis económica era el fin de un modelo de desarrollo y de un modelo de políticas sociales. El proceso de cambio que siguió extendióse por dos décadas y todavía está en curso. Desde el inicio de su candidatura, De la Madrid no contó con el apoyo de los cuadros tradicionales del partido y ni del sector obrero y, como fue observado por Lustig (1994: 48) “tenía la tarea poco envidiable de corregir,” la que iba desde “los grandes desequilibrios fiscales y responder a problemas externos con un sector privado hostil, bancos acreedores poco amistosos” combinado con un agravamiento de las condiciones de vida y salud y de la desigualdad social.

El Sistema de salud en México: una perspectiva histórica

La salud pública, como un ámbito de actuación técnico-política del estado, se consolidó y expandió a partir de los años treinta para responder a la dimensión social de las enfermedades. La institucionalización del sector de la salud pública hizo parte del proceso de conformación del propio estado después de la Revolución de 1910, y entre sus propósitos estaba el de contribuir a la superación de la miseria y de los problemas de salud de los campesinos, y dar una respuesta a las movilizaciones de éstos y de los trabajadores. El sector salud está conformado por la Secretaría de Salubridad y Asistencia

(SSA), que promueve actividades de salubridad y responde por la salud individual de la población en general y b) por las instituciones de seguridad social, específicamente diseñadas para algunas categorías profesionales, dirigidas a restaurar la salud individual de los trabajadores vinculados a los sectores más dinámicos de la economía, y a responder a las demandas de las organizaciones corporativas del sector obrero y de servicios. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue creado, en 1943 para atender a los obreros. En 1960, se creó la Seguridad Social para el Trabajador del Estado.

Ese complejo institucional fue operado por un estado interventor y rector del desarrollo, caracterizado por el uso de las prácticas corporativas, centralista en sus decisiones, presidencialista y con un sistema de partido único. Además, actuó sobre el proceso salud-enfermedad a partir de una visión clínica y contó, además de los médicos, con la participación de cuadros técnico-políticos formados en salud pública para atender la dimensión colectiva de la enfermedad.

A partir de los años cincuenta, cuando se hegemoniza el proyecto de desarrollo industrial, las instituciones de seguridad social se constituyeron en el polo dinámico del sector, predominando sobre las de salubridad, en términos de red de servicios y de recursos. Esa dinámica dio como resultado la consolidación de un modelo de organización de los servicios médicos centrado en la clínica médica, en el cual los hospitales y la práctica médica curativa son los instrumentos más importantes para enfrentar los problemas de salud y enfermedad, en oposición a las medidas preventivas que buscan intervenir en el entorno socio-ambiental. El predominio de la visión clínica sobre la salubrista provocó una mayor concentración de poder en el sector clínico y transformó las instituciones de seguridad social en un mercado cautivo para la industria productora de medicinas y de equipo médico-hospitalario. Otro efecto de esa dinámica de expansión fue la monopolización por el estado del mercado de servicios médicos, y la existencia de un dinámico sector de prácticas populares y tradicionales que actuaba al

margen del estado de forma complementaria, particularmente junto a los sectores carentes de servicios públicos.

Ese complejo institucional fue considerado exitoso hasta la mitad de la década de los años setenta, tanto por los médicos como por la industria privada, y por las propias fuerzas políticas articuladas en torno del hegemónico Partido Revolucionario Institucional (PRI), especialmente por los sectores obrero y empresarial. Las voces disonantes, que hasta ese momento se habían hecho escuchar, pertenecían a los médicos residentes que habían participado en la huelga de 1964 (Pozas Horcacitas, 1993), secundadas por las de algunos grupos sindicales disidentes de la Ciudad de México, presentes tanto entre los trabajadores de la SSA como en los del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde había ex-activistas de 1964 y del movimiento estudiantil de 1968 (Rodríguez Ajenjo y Vital, 1979). También se oponía al *statu quo* un pequeño grupo académico, minoritario, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y posteriormente consolidado, a partir de su fundación en 1970, en la Universidad Autónoma Metropolitana, en el departamento de Medicina Social. Dicho grupo, algunos de cuyos miembros estaban vinculados a sectores de izquierda y muy próximos de la propuesta de Salud Colectiva en debate en Brasil, se articulaba en torno a la discusión de los determinantes de clase sobre el proceso de salud-enfermedad y a la crítica del modelo médico-curativo presente en las instituciones oficiales de seguridad social.

En la práctica, e independientemente de las posiciones políticas en torno del problema, las deficiencias reales del sistema de salud al alcance de los segmentos menos favorecidos de la población eran en parte compensadas, como siempre lo habían sido, por la persistencia de las precarias y limitadas prácticas de curación de la sociedad tradicional, en particular, las parteras empíricas, el empleo de hierbas curativas y otras soluciones domésticas (Menendez, 1990).

Fue durante el gobierno del presidente López Portillo (1976–82), en un ambiente político deteriorado por los hechos de 1968 y en medio de una turbulencia económica, cuando se empezaron a delinear nuevos conflictos políticos en el interior de los grupos de poder sectorial en torno al proceso de decisión. Por una lado, los resultados positivos del modelo de desarrollo introdujeron nuevas pautas de aspiraciones entre los grupos sociales fortalecidos por ese proceso, mientras crecían las presiones provenientes de los grupos excluidos del crecimiento económico. Los pilares de la intervención del estado en salud estaban agrietados. La población sin servicios de salud era significativa y los problemas de enfermedad tomaban otra dimensión, con la persistencia de las enfermedades infecciosas y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas.

Esa situación propició el ensanchamiento del campo crítico a las orientaciones dominantes en el sistema de salud y produjo, al mismo tiempo, divisiones dentro del sanitarismo comprometido con el régimen. Dichas críticas alimentaron en el seno de algunos grupos vinculados al PRI la necesidad de renovar las elites técnico-políticas del campo de la salud identificadas con las prácticas clientelares-corporativas, sustituyéndolas por otras más sensibles a un cuadro de demandas propio de un sociedad compleja (Almada Bay, 1982).

En ese proceso se destacó un grupo de médicos oriundos de la UNAM, congregados en torno a los profesores doctores José Rodríguez Domínguez y José Laguna García. En consonancia con la tendencia racionalizadora presente por esos años en la OPS-OMS, ellos reclamaban la necesidad de introducir elementos de planificación y mejorar la formación de recursos humanos, para modernizar el desempeño de las instituciones públicas. En el centro de sus preocupaciones estaban los altos costos de la atención médica, la mala distribución de los recursos médico-sanitarios, los limitados resultados de las intervenciones sobre las enfermedades de la pobreza, y la presión de los médicos recién formados sobre el mercado de trabajo. Como resultado de estas

preocupaciones y de los vínculos políticos de ese grupo con el estado, durante el propio sexenio de López Portillo fue creada en el ámbito de la SSA la Subsecretaría de Planeación, destinada a ejecutar las directrices de la Secretaría de Programación y Presupuesto que buscaba generalizar la práctica de la elaboración de presupuestos, definidos de acuerdo a programas específicos (Ochoa de Mendonza, 1980; Street, 1992). La nueva Subsecretaría, dirigida por el Doctor Laguna García, tenía entre sus atribuciones la de organizar un área de producción de conocimiento, bautizada como “Investigación en Sistemas de Salud,” que diera a su vez lugar a un sistema de información dirigido a orientar la solución de los problemas del sector y a lograr el equilibrio entre las necesidades y los recursos.

Ese grupo ganó un nuevo perfil con la nominación del doctor Guillermo Soberón Acevedo, en 1982, durante los últimos meses del gobierno de López Portillo, para encabezar la recién creada Coordinación de la Comisión de Servicios de Salud, adscrita a la presidencia de la República, y su subsecuente nombramiento para la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el gobierno de Miguel de la Madrid (1982–88). La designación del doctor Soberón, un bioquímico proveniente de la investigación básica, ex-rector de la UNAM, y conocido como “mano de hierro” por los sindicatos y estudiantes universitarios, representó una ruptura con la tradición prevaleciente en el sector que mandaba nombrar para ese tipo de cargos a expertos en salud pública, o bien a funcionarios con trayectoria en la gestión estatal de los servicios de salud (Mercer, 1984). El resultado del trabajo de la Comisión fue una propuesta de reforma política para el sector, conocida como “Reforma Estructural,” a ser puesta en práctica durante el gobierno de de la Madrid.¹⁹ Dicha propuesta buscaba la integración de las instituciones de seguridad social con las de la SSA bajo la coordinación de ésta última, a fin de constituir un Sistema Nacional de Salud. Un sistema descentralizado y que contara con la participación de los diferentes niveles de gobierno y prestadores de servicios de salud

públicos y privados. Se trataba, entre otras cosas, de superar las posiciones que consideraban a la seguridad social como patrimonio y privilegio de ciertos grupos específicos de la sociedad, promover una gestión técnica-racionalizadora y cambiar la concepción del estado como el único responsable por el bienestar. De esa forma, se pensaba garantizar la cobertura a toda la población (Kumate y Soberón, 1989: 214; Soberón, 1982: 370).

La puesta en práctica de ese proyecto, para el cual fueron necesarias una nueva base jurídica y profundas modificaciones en la Secretaría de Salud para tornarla cabeza del sector, con poder para intervenir en las instituciones de seguridad social y en otros ámbito de gobierno, representó una amenaza a los intereses de determinados segmentos sociales y de poder del sector salud. Por si fuera poco, esos cambios fueron ejecutados por un nuevo grupo técnico-profesional y político compuesto de juristas, administradores y médicos egresados de la UNAM, muchos de los cuales acompañaban a Soberón desde los años de su ejercicio como rector. La conformación e intervención de ese cohesionado grupo, produjo conflictos con la tecno-burocracia de las instituciones de salud y seguridad social, y con sus organizaciones sindicales corporativas y con los gobernadores. Estos sectores resistieron la entrada del nuevo grupo en el área de la salud, y se opusieron a la “Reforma Estructural” y a su propósito de alterar la dinámica de la maquina burocrática. La propuesta reformista fue interpretada por los salubristas de la SSA como una estrategia de desplazamiento de médicos y enfermeras capacitados en la problemática social por otros profesionales algunos de áreas ajenas al sector salud y otros con estudios en el exterior y sin vivencia, sensibilidad y conocimiento suficientes para actuar junto a la población pobre de México (Loewe, 1989).

Además, estos cambios se daban en una coyuntura de desempleo y de disminución del poder adquisitivo del sector obrero, en la cual las negociaciones político-económicas para buscar una salida a la crisis necesitaban contar con el aval de los

trabajadores y de los políticos del PRI (Tello, 1989). A eso se sumaba la poca legitimidad de la Secretaría de Salud, tanto junto a los grupos asistidos como a los trabajadores de la seguridad social, debido, en parte, a las diferencias presupuestales, de servicios, de instalaciones, de equipos y de salarios. Esto representó un obstáculo para la integración de los servicios de salud y para que la Secretaría pudiera asumir su papel de coordinadora general del sistema. También los gobernadores estuvieron en contra de la propuesta de descentralización. Como si no fueran pocos los problemas para el proyecto de reforma, el sector salud tuvo que enfrentar brotes de enfermedades anteriormente controladas, como el sarampión, y un nuevo corte de presupuesto en 1985, además del sismo de ese mismo año, que destruyó gran parte de las instalaciones médicas de la Ciudad de México.

La propuesta de cambio estructural fue interrumpida, pero permitió la definición de una corriente de poder que lucha por una mejor posición en la estructura de poder local y que expresa una demanda de apertura del sistema de salud a otros sectores sociales, como condición para lograr la universalidad de la atención.

La “Nueva Salud Pública” en México: los especialistas en lucha por el control de la salud pública

Aunque el proyecto de Reforma Estructural terminó por ser bloqueado temporalmente, asentó las bases jurídicas de los cambios futuros y comenzó a debilitar la estructura anterior de poder. Al igual que en otras dependencias federales de finales del período del presidente de la Madrid, como bien observó Basáñez (1996: 13), la situación en las instituciones de salud ya no era la misma. No sólo los recursos fueron reducidos y con ellos la capacidad para generar servicios y empleo, sino que también fueron afectados el prestigio y el alcance del poder de la tecno-burocracia, la que, al igual que el corporativismo y sus aliados políticos, estaba siendo sometida a una fuerte crítica por parte de varios grupos de la sociedad civil, incluyendo a sectores empresariales y medio

urbanos. Como parte de esos cambios, nuevos técnicos, con un discurso racionalizador y, en cierta medida, de espaldas a la retórica revolucionaria, estaban ocupando posiciones importantes en las instituciones de salud. En la Secretaría del ramo, por ejemplo, como parte del proceso de cambio de la dinámica de decisión, fue creado el Centro de Investigación en Salud Pública (CISP, 1984) para asesorar al secretario en la toma de decisiones a través de la “producción de información no sesgada y libre de presión.” El Centro albergó jóvenes médicos ex-alumnos de la UNAM, algunos con maestría en medicina social en la UAM-Xochimilco, y doctores en la novedosa especialidad en sistemas de salud o en epidemiología, formados en universidades estadounidenses o inglesas. Bajo el liderazgo del doctor Julio Frenk, este grupo empezó a formular lo que fue llamado la “Nueva Salud Pública.” Se trataba de una novel especialización del campo médico referida a la “salud de las poblaciones,” cuyo objetivo era dar a conocer, a través de investigación epidemiológica y de investigación en sistemas de salud, las necesidades de la población, y solucionar la demanda de manera que se pudiera establecer un equilibrio entre esas necesidades y los recursos, definidos por ellos mismos como escasos (Frenk, 1994). En ese sentido, la “Nueva Salud Pública” debería producir información, nuevos indicadores y prácticas de gerencia dirigidos a fortalecer la capacidad de gestión de los sistemas de salud y a orientar la toma de decisiones, interponiendo esas informaciones entre el médico y su práctica, y entre el servicio y la sociedad.

Esa forma de plantear la salud pública llevaría a definir las necesidades de salud de forma independiente de los sujetos que las reclaman, desplazando su respuesta del ámbito de lo político hacia el técnico, y definir las, así, en términos científicos, de acuerdo con los recursos y servicios existentes y con la dinámica de distribución de la enfermedad. De ahí el adjetivo “Nueva”: según uno de sus idealizadores, el término fue introducido para definir el objeto que se procura comprender y sobre el cual se quiere intervenir—la dimensión en población de la enfermedad—y para marcar la diferencia con

relación a la medicina que se ocupa del individuo y con la investigación biomédica que se ocupa del nivel subindividual. También se buscaba diferenciarla de la definición tradicional de salud pública practicada en las instituciones de gobierno, en las cuales lo público se refería al ámbito del estado, y también de otras definiciones en uso, como por ejemplo, la de la “Salud Colectiva” que se discutía en Brasil y en la maestría de medicina social de la UAM-Xochimilco, focalizadas en lo social. El adjetivo “nueva” también fue usado para darle a la salud pública el *status* de ciencia, al lado de la medicina y de las ciencias biomédicas, y demarcar un campo de trabajo y una frontera con relación al rol que cada una ocupaba frente a las enfermedades. Esto es, la investigación biomédica se realizaba en laboratorios e investigaba los procesos y mecanismos de la enfermedad, mientras que los médicos actuaban en la clínica, elaborando diagnósticos y aplicando terapias. Complementariamente, la salud pública era la inteligencia de los sistemas de salud (Frenk, op.cit.).

En ese marco, la *Nueva Salud Pública* buscaba reforzar la visión biomédica de la enfermedad para ser incluida en el rol de las ciencias de la salud, al lado de la medicina y de la biomédica, como forma de romper con una relación de subordinación, en la cual la salud pública había sido siempre tratada como una técnica auxiliar de la medicina, y tomar así el lugar de poder que le correspondía. Esto es, ocuparse de la dimensión de la salud en términos de población y de los factores no biomédicos que incidían sobre la enfermedad. Por eso la enfermedad era planteada como un fenómeno aprendido en sí por la biomedicina, sobre el cual actuaban diversos factores que operaban jerárquicamente en diferentes niveles, y que debían ser estudiados y combatidos tanto a través de las ciencias biomédicas, como de la *Nueva Salud Pública*. A partir de la medicina, ésta se ocuparía de instrumentalizar la respuesta institucionalizada a los problemas de salud, independientemente del tipo de organización social a la cual perteneciera el individuo o grupo social en cuestión. En consecuencia, el modelo técnico-asistencial de una sociedad

moderna, que era el referente de la *Nueva Salud Pública*, debía estar constituido por servicios que pudieran atender una demanda infinita y por los recursos limitados que se requerían para producir dichos servicios. Para garantizar el acceso a éstos era necesario un ordenamiento racional de los recursos, apoyado en una firme base de investigación que hiciera posible conocer con precisión las necesidades de la salud y sus determinantes, así como las modalidades idóneas de organización de la atención y sus resultados (Frenk, 1992). Esa precisión del conocimiento y la idoneidad de las modalidades de atención eran los elementos estructurales de la *Nueva Salud Pública*. Esa forma de considerar la salud aproxima la *Nueva Salud Pública* a una tendencia que separa la medicina de la salud pública, iniciada en 1916 con la creación de las escuelas especializadas en el estudio de la dimensión colectiva de la salud por iniciativa de la Fundación Rockefeller, y que tuvo como consecuencia una paulatino abandono de la cuestión social en el currículo de las facultades de medicina.²⁰

El proyecto de la *Nueva Salud Pública* asumió una dimensión más institucionalizada cuando el doctor Soberón creó el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 1987, como órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, que debería responder por la formación de recursos humanos, producción y reproducción del conocimiento. El INSP fue el resultado de la fusión de la antigua Escuela Nacional de Salud Pública y de los dos centros de investigación creados durante el inicio de su gestión, en 1983, uno de ellos especializado en sistemas de salud y el otro en enfermedades infecciosas. El nuevo instituto tendría la misión de ser la vanguardia de la reforma del sector salud, y conferir rango académico a la *Nueva Salud Pública*, al tiempo que diseñaría las opciones de políticas sectoriales y formaría recursos humanos para la salud (INSP, 1992).

Soberón también garantizó la influencia de la nueva corriente técnico-científica, que ahora la llamaremos de neosalubristas, al exterior del ámbito técnico-científico.

Convocó a un grupo selecto de empresarios a crear la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) para “atenuar posibles faltas de continuidad consecuentes a la cronología sexenal” (Funsalud, 1987).²¹ La Fundación surgió así como una institución no-corporativa, con una exclusiva membresía compuesta por cuadros académicos del sector médico, miembros destacados del Partido Revolucionario Institucional, y del sector empresarial, algunos de los cuales tenían intereses económicos directos en el sector salud. De acuerdo con Soberón, la creación de Funsalud era parte del esfuerzo del gobierno por promover la participación comunitaria que, en sus palabras, podía “nutrirse del trabajo conjunto, sea de un centenar de prominentes empresarios, sea de un comité de salud integrado por un puñado de campesinos en una pequeña aldea” (Funsalud, idem: 11). En ese contexto, como una expresión sectorial de la participación organizada de los empresarios, Funsalud tenía como propósito garantizar el enlace y la comunicación entre los dirigentes del sector privado y los funcionarios gubernamentales para el conocimiento de la situación de salud, de los programas vigentes y de la perspectiva bajo la cual operaba la autoridad sanitaria (Funsalud, idem: 12).

El patrimonio inicial de Funsalud fue constituido por las aportaciones de los socios y por donativos en igual monta del gobierno federal, durante la gestión del doctor Soberón como Secretario de Salud (Funsalud, 1993: 11). La dependencia bajo su mando concedió en comodato el terreno donde se ha construido el edificio que la alberga (Funsalud, 1987: 9 y 1993). Entre sus 100 asociados fundadores estaban algunos de los hombres más poderosos de México, como el mayor accionista de Televisa, el fallecido Emilio Azcárraga Milmo, o el accionista principal del grupo Carso, de Inbursa y de Teléfonos de México, Carlos Slim Helú. También concurrieron dirigentes de las mayores empresas de Monterrey, muchos de ellos con intereses en el mercado del vidrio, en materiales plásticos y otros insumos de la industria químico-farmacéutica. Algunos de estos empresarios eran próximos al gobierno y a su partido y otros más cercanos al

Partido de Acción Nacional (PAN). Para su desarrollo institucional, Funsalud contó también desde el inicio con el apoyo financiero de grandes fundaciones privadas de Estados Unidos de América, centros de poder económico y político, entre ellas, la Corporación Carnegie de Nueva York. Esa fundación era una de las más interesadas en la expansión de las relaciones de mercado en el campo de la salud y de la visión privatizadora en el desarrollo de los modelos de atención (Navarro, 1992).

Así, al darse el “destape” de Carlos Salinas de Gortari como candidato del PRI para el nuevo período de gobierno, los neosalubristas habían avanzado en el proceso de institucionalizarse como grupo técnico-científico en el campo de la salud, y también como actores sociales dispuestos a influir en la pugna por el control de las orientaciones de desarrollo del modelo médico de atención. La postulación de Salinas de Gortari, que tuvo repercusiones negativas frente a muchos de los sectores sociales y fuerzas políticas próximas al priísmo y a la visión estatista del desarrollo, fue apoyada por Soberón, quien había recibido el respaldo financiero del ahora candidato, entonces secretario de Programación y Presupuesto, para la construcción de la nueva sede para el Instituto Nacional de Salud Pública. Para los neosalubristas, el candidato anunciado representaba la continuidad de la política de apertura económica puesta en práctica por de la Madrid, aunque apostaban a un nuevo reacomodo de los grupos de poder, capaces de dar sustento político a los cambios iniciados en el ámbito de la reforma del sector salud, así como en la institucionalización de nuevas formas de relación entre el estado y la sociedad.

En esos momentos, los neosalubristas consideraban que los cambios económicos eran irreversibles y que el reto consistía en hacer un uso oportuno de los momentos de crisis para cimentar las bases de poder que les permitieran controlar el proceso de cambio que la reforma requería. La complejidad del cuadro político y las dudas con relación al futuro indicaban que era necesario aumentar los recursos de poder para potenciar la capacidad de presión y de control de los actores interesados en la reforma (Funsalud,

1995). En ese proceso, Funsalud que había sido pensada como tan sólo como un canal de influencia del sector privado respecto de las políticas de salud, logró transformarse en un actor social que demandaba un espacio de participación en la toma de decisiones, y que postulaba con firmeza un cambio de orientación en el modelo de organización de los servicios de salud. En esa lucha, los neosalubristas desempeñaron un rol importante, al construir el enclave técnico-científico de la reforma, como será discutido a continuación.

Los neosalubristas y su obrar por el cambio de dirección en el modelo de atención médica

Después de la controvertida victoria del candidato del PRI, Carlos Salinas de Gortari, para el periodo de 1988–94, y de sus esfuerzos para recuperar la legitimidad que se esperaba del ocupante de una silla presidencial (Prud'Homme, 1994: 76), el país pasó por momentos político-ideológicos importantes, marcados por la rearticulación de fuerzas políticas, económicas y sociales como parte de un proyecto mayor de reforma del propio estado mexicano. El presidente entrante tenía que concretar el cambio en el rumbo del modelo de desarrollo “a través de nuevas políticas económicas, sociales y, también, valga la redundancia, políticas” (Warman, 1994: 13). Más de una vez, el estado mexicano buscaría hacer uso de la política social para organizar nuevas base de apoyo.

Sin embargo, en el encaje de las piezas que preparaba Salinas de Gortari para el ejercicio del poder, el titular de la Secretaría de Salud indicado resultó ser ajeno al cuadro de los jóvenes investigadores nutridos de los valores y conocimientos de la *nueva salud pública*, contrariando la expectativa de Soberón de que uno de ellos pudiera recibir el nombramiento, y así dar continuidad a su proyecto. El nuevo titular era el médico-militar Jesús Kumate, un próximo ex-colaborador de Soberón en la Secretaría, miembro de la Academia de Medicina, del Colegio Nacional, e investigador con tradición. El doctor Kumate no parecía estar dispuesto a seguir adelante con la política de su antecesor,

pautada por el enfrentamiento con los grupos tradicionales del sector salud. Según información proveniente de una entrevista, su nombramiento se explicaba no tanto por criterios internos al sector salud, sino, principalmente, por su pertenencia al mundo militar. Salinas enfrentaba un ambiente de descontento político sin precedentes en la historia reciente del país, y todo le recomendaba establecer puentes firmes y seguros con las fuerzas militares, además de obrar con extrema cautela. Hay que recordar que hasta 1992 Salinas mantuvo en la dirección del IMSS a Ricardo García Sáenz, un adversario de Soberón, quien, con el apoyo de la Confederación de Trabajadores de México (CTM), había conseguido bloquear los intentos del entonces Secretario de Salud para intervenir en la autonomía de las instituciones de seguridad social, a través de su proyecto de “reforma estructural.”

Por otro lado, la principal agencia de elaboración de políticas sociales del período de Salinas pasó a ser el recién creado Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol), elaborado bajo la coordinación de un grupo de destacados intelectuales de izquierda. Pronasol debería constituir una nueva base de legitimidad y apoyo popular para Salinas, lejos de los viejos esquemas corporativos, que permitiera mayor libertad para continuar promoviendo los cambios necesarios para consolidar una economía de mercado. El Programa fue definido como una nueva estrategia para superar la pobreza, basada en la construcción de una ciudadanía activa, sostenida por una relación de autonomía de la sociedad con relación al estado. Su acción se traducía en una nueva formulación ideológica: el “liberalismo social.” La reforma del sector salud en su dimensión institucional-organizacional fue postergada mientras se buscaba renegociar los compromisos institucionalizados con el sector obrero, y promover una nueva sociabilidad, políticamente orientada por los postulados y programas de Pronasol, a través de la organización autónoma de los grupos sociales.

En ese contexto, en su propósito por obrar a favor de la reforma del sector salud, los neosalubristas se empeñaron en transformar el nuevo INSP en una institución de enclave técnico-científico de la reforma, al mismo tiempo que buscaban hacer de Funsalud una organización social. Con relación al INSP, los neosalubristas promovieron diversas acciones tendientes a convertirlo en una institución de excelencia académica, al mismo tiempo que buscaban recuperar su *status* de investigadores—y no de técnicos—junto a sus pares de la biomédicina y de la clínica. Como parte de ese empeño, se privilegió la contratación de investigadores, preferentemente con doctorado en investigación en sistemas de salud y en epidemiología, de acuerdo a la visión clínica dominante en los principales centros de investigación de Estados Unidos de América y del Reino Unido, dejando en un segundo plano la formación y capacitación de técnicos ejecutivos, operadores de programas en el ámbito local. Los profesionales con experiencia práctica sanitaria fueron aislados o remplazados por jóvenes investigadores, muchos de los cuales fueron apoyados con becas especiales y reincorporados al sector con ayuda de un programa de “repatriación de cerebros,” encabezado por Funsalud. Las modificaciones también alcanzaron a la revista *Salud Pública de México*, órgano tradicional de divulgación de la Secretaría de Salud y de la comunidad de los salubristas en general, que fue puesta bajo la responsabilidad del INSP y adquirió perfiles más propios del área médico-epidemiológica.

La nueva orientación científica de la salud pública practicada por los neosalubristas fue respaldada por el selecto grupo de médicos que integraban la Academia Nacional de Medicina, y a la cual algunos de los jóvenes neosalubristas pasaron a integrarla como miembros. La Academia es considerada por algunos analistas como centro de gravedad de la profesión médica y, en términos políticos, como paso obligatorio de los secretarios del ramo. La *Nueva Salud Pública* también fue respaldada por el principal órgano de apoyo a la investigación científica, el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (Conacyt). Según

algunas versiones, estos apoyos le permitieron transformarse a lo largo de una década en una “aplanadora científica” que redujo las otras visiones de la salud pública a lo que los neosalubristas identificaban como un mero discurso ideológico, y las hizo perder espacios institucionales. Los dirigentes del INSP buscaron también conquistar la confianza de los diseñadores de las políticas gubernamentales de salud, con el argumento de que el nuevo instituto orientaba su investigación en un sentido aplicado, destinado a resolver los problemas de los sistemas de salud. Una nueva publicación, *Síntesis Ejecutiva*, fue lanzada para establecer un puente entre la comunidad académica y los tomadores de decisión del sector público.

Sin embargo, la propia naturaleza del INSP como institución técnico-científica dependiente de la Secretaría de Salud, y por lo tanto con obligaciones políticas que rebasaban el ámbito y la perspectiva de los neosalubristas, significó límites a la actuación de éstos, y contribuyó a que Funsalud se transformara, sobre todo después de 1992, en el principal bastión de poder de ese grupo en su lucha por cambiar la orientación del sector salud. De esa manera, la Fundación cambiaba su identidad, ampliaba el espacio de su actuación, y de un mero acompañante interesado en la política de salud, se convertía paulatinamente en un intermediario entre el sector privado y el estado, y como tal actuaría, con el beneplácito oficial, en la segunda mitad del periodo de gobierno del Salinas de Gortari y durante todo el mandato del presidente Ernesto Zedillo.

En efecto, entre 1992 y 2000, Funsalud buscó afirmarse como organización civil, expresión del desarrollo social mexicano, no perteneciente ni al estado y ni al sistema político, propositiva e independiente, afianzada en su capacidad de gestión y de organización. Para eso, buscó actuar a manera de promover la noción de lo privado como agente de solidaridad, capaz de ocupar el lugar del estado, y buscó profesionalizar la conducción de la propia organización y conformar un *staff* capaz de contribuir a formular

problemas, sugerir el quehacer y crear un mapa propio de intereses en torno a la reforma, de lo que se ocuparía la propia Fundación.

Como parte de ese esfuerzo, dirigió parte de sus energías a actividades filantrópicas y acciones altruistas como forma de demostrar la preocupación del sector privado por la salud de la población, y para probar que una nueva lógica actuaba en la manera de abordar esos problemas, la que articulaba la salud del individuo con la de “más salud por el dinero que se invierte” (Soberón, 1995).²² Dichas actividades, realizadas con recursos aportados principalmente por el sector privado, contemplaban, desde acciones de intervención directa, hasta apoyos financieros para la formación de cuadros y para la promoción de investigación científica. En ese sentido, Funsalud seguía la nueva orientación de la política social del gobierno mexicano, que cada vez más incentivaba la participación de otros sectores sociales en la prestación de servicios asistenciales, y, al mismo tiempo, se identificaba con la cultura política de las grandes fundaciones privadas de Estados Unidos de América, sus asociadas. En otras palabras, la Fundación establecía un compromiso entre el sector social y el productivo, que expresaba una dependencia directa de la cuestión social con el ámbito privado y un nuevo criterio para la asignación de los recursos, cuyo referente era la expansión de éste último como generador de riqueza, y sus prioridades.

Funsalud se empeñó también en erigirse como un importante vehículo de divulgación y defensa de la reforma, y en el promotor de una nueva agenda de investigación, en consonancia con los parámetros de las agencias de desarrollo internacional, en particular del Banco Mundial. Eso se tornó posible con la creación, en 1993, de una nueva sección de Funsalud, llamada “Economía y Salud,” concebida como un “centro de estudios y de opinión del sector privado” (Funsalud, 1995). El nuevo organismo fue puesto bajo la dirección del doctor Julio Frenk, recién llegado de estancias de formación e investigación en la Universidad de Harvard (EUA), donde había convivido

con los autores del Informe sobre el desarrollo mundial de 1993 (Funsalud, 1994: 20). En la misma época otro neosalubrista, José Luis Bobadilla (muerto trágicamente en una misión oficial), se incorporaba al cuadro de funcionarios del Banco Mundial y participaba en la elaboración del documento intitulado “*Invertir en salud*” (1993), cuyas conclusiones recomendaban conciliar equidad y racionalidad en los procesos de reforma, siempre y cuando la equidad fuera definida como el resultado de la relación entre necesidades y recursos existentes.

A partir de la creación del ese centro, Funsalud comenzó a manifestar en diferentes publicaciones su intención de ocupar a través del nuevo organismo, tanto en el plano nacional como en otros países del Tercer Mundo, el lugar de “inteligencia institucional” de sistemas de salud capaces de responder a las necesidades específicas de cada situación, y de apoyar a los respectivos gobiernos en sus intentos de reforma sectorial. El Centro de “Economía y Salud” fue convertido en parte de la llamada “comunidad internacional de los especialistas,” cuya misión era concretar, en un modelo técnico-asistencial, una nueva propuesta de organización y distribución de los bienes y servicios de salud. Como parte de ese esfuerzo, “Economía y Salud” apoyó el discurso de la crisis del modelo estatal de atención a la salud, a través de la elaboración de diagnósticos y de la realización de encuestas, que fueron consideradas como expresión de la voz activa de los ciudadanos, con el propósito de abogar por la extracción de los elementos nocivos de los sistemas de salud. Esa producción fue plasmada en diferentes publicaciones de la propia Funsalud, en particular en los libros *Economía y Salud* (1994) y *Observatorio de la Salud* (1997). La Fundación también recibió, a partir de 1997, apoyo financiero para fomentar, financiar y divulgar investigaciones sobre las reformas sectoriales en todo el mundo, creando el programa *International Clearinghouse for Health Sector Reform Initiative (ICHSRI)*, que actuó hasta el año 2000, financiado con un *pool* de recursos procedentes del Banco Mundial, de la Fundación Rockefeller y de la Organización Mundial de la Salud.

Como parte del proyecto ideológico de difusión de determinada concepción de reforma sectorial, articulada a una propuesta de divulgación de resultados de investigación para apoyar el *policy making* sectorial, fue creado el Núcleo de Acópio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma (NAADIR), vinculado al ICHSRI, y que en un primer momento publicó el boletín internacional *Informing and Reforming* de ámbito mundial, y posteriormente desde 1999, el *Informando y Reformando/AL*, para la región de América Latina, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y de la OPS, además del INSP y de la propia Funsalud. El NAADIR creó también una base de datos electrónica para difundir las propuestas de reforma, fueran a escala mundial o regional.

Al mismo tiempo, Funsalud establecía una relación próxima y multifacética con el gobierno federal, que le permitió limitar ámbitos de dependencia mutua, mientras que, en otras esferas, resguardó su autonomía. Funsalud fue invitada a participar en diferentes comisiones oficiales creadas en el contexto de la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) (el *NAFTA-North America Free Trade Agreement*); apoyó la creación de normas de regulación del mercado de servicios de salud y como desdoblamiento, promovió en 1992 la formación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud. Poco a poco Funsalud fue transformándose en un balón de oxígeno para el ejecutivo: por un lado, proporcionando cuadros de su cuerpo técnico-científico para los equipos de gobierno; y por otro, como resultado de sus vínculos con sectores del PRI y con el sector empresarial, interesados en continuar promoviendo cambios en las políticas de salud, participando en la campaña presidencial del candidato del PRI, Ernesto Zedillo (1994–2000), como parte integrante de la Comisión de Elaboración de los Programas de Gobierno. También tuvo más presencia en el centro de decisiones del sector, logrando extender sus influencias hasta las instituciones de seguridad social. Esa influencia se materializó en la formación de una organización “extra muros” fuera de las presiones de los grupos burocráticos internos de la seguridad social, el Centro de

Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social (creado en 1994) con la función de asesorar al director de la seguridad social. Ese Centro, junto con Funsalud, tuvo un papel relevante en la ingeniería de la reforma de la Ley del IMSS (1995) que, entre otros cambios, permitió el uso privado de los recursos de la seguridad social.

Aunque más una vez no lograrón señalar al Secretario de Salud durante el gobierno de Zedillo, esos especialistas influyeron en la propuesta que orientó el *Programa de Reforma para el Sector Salud* (Poder Ejecutivo Federal, 1996) del presidente entrante, presentado en 1996. El punto de apoyo para la formulación del Programa de Reforma del período de Zedillo fue la propuesta de reorganización de sistemas de salud, llamada “Pluralismo Estructurado.” Su elaboración fue resultado de un trabajo colectivo de especialistas en colaboración con el Banco Mundial, en el cual participó el Dr. Julio Frenk. Ese modelo está basado en la separación de funciones de financiamiento y prestación de servicios, y en la definición de un rol específico de regulación para el estado que ya había sido puesto en práctica en la reforma de la seguridad social en Colombia, en 1993. En él el sector privado presta servicios; la contribución social financia y el estado regula para ofrecer opciones plurales al usuario, bajo los principios de la libre capacidad de elección por parte del consumidor del prestador de servicios y la garantía de la equidad. La equidad sería conseguida por la combinación de algunos mecanismos: financiamiento público, que para los pobres toma la forma de subsidios y para los otros grupos sociales la de contribución obligatoria (valor de cuotas diferenciadas, de acuerdo con la capacidad de pago de cada uno); implantación de distintos regímenes de afiliación al sistema (contributivo, subsidiado, y vinculado); y diferentes paquetes básicos de atención para cada uno de ellos. Esos paquetes son definidos con base en criterios de costo-efectividad, según el principio de la selectividad frente a recursos escasos. La participación del doctor Julio Frenk en la elaboración teórica de ese modelo marcó también el inicio de otra vocación de Funsalud, la de influir en la agenda de reforma sectorial en la región

latinoamericana. Entretanto, a diferencia de Colombia, la reforma sectorial en Mexico no se implantó como un cambio abrupto y radical.

Las principales políticas del período de Zedillo para lograr una nueva reorganización del sector salud fueron: retomar de la propuesta de descentralización en la Secretaría de Salud para separar funciones y así permitir a la Secretaría de Salud tomar su lugar de rectoría del sistema de salud; la implantación de un paquete básico de servicios esenciales para los grupos sin ningún acceso a los servicios de salud, y la reforma a la Ley del Seguro Social para crear nuevos aseguramientos, y hacer de la seguridad social la instancia financiadora de la atención médica, a ser ofertada por el sector privado a través de la reversión de cuotas. Los conductores de la reforma esperaban un importante crecimiento de la seguridad social por medio de los nuevos aseguramientos independientemente de las inestabilidades económicas.²³ Los mecanismos para ello eran el “Seguro para la Familia,” dirigido a las familias pertenecientes al mercado informal, y la propuesta de reversión de cuotas. Esa última debería de permitir crear nuevos espacios para la entrada de otros grupos al “*salir muchas gentes del seguro social, aunque el seguro debería de seguir financiando la atención, y eso va a abrir el espacio para el seguro de salud para la familia.*”²⁴ También, porque permitirá al IMSS ampliar su cobertura sin tener sus propias instalaciones, al mismo tiempo que crea el derecho de elección para el sector afiliado al IMSS.

Otra tendencia importante de ese período fue la de resolver los problemas históricos de déficit presupuestal y del acceso a los servicios de salud a través de fuentes independientes de los gastos fiscales, o de préstamos o donativos de las instituciones financieras internacionales y agencias bilaterales de cooperación. Los principales programas de extensión de cobertura puestos en práctica en ese período contarón con ese tipo de financiamiento. México, al lado de Chile, es uno de los países de América Latina

con un gasto en salud con un porcentaje del PIB muy bajo, de 4.1, y un gasto per cápita en usd de 141 dólares americanos (Molinar, 2000: 10).

Hizo también parte de ese proceso una revisión de la normatividad sanitaria, que según un consultor de la OPS, resultó en una “disminución y simplificación de los trámites en la obtención de licencias sanitarias para la producción y comercialización de bienes y servicios relacionados con la salud” (Molina Leza, 2000: op.cit. 8). Fueron creadas también, en los últimos días del zedillismo, con apoyo de Funsalud, las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES) con la finalidad de normar el mercado de seguros médicos privados. Esas instituciones, que deben ser acreditadas, y que son las que deben articular los prestadores con los consumidores de forma a hacer posible el esquema de reversión de cuotas en mayor escala, al conformar redes de médicos y de hospitales asociados.

Esas iniciativas reflejaban la institucionalización de una visión específica de cómo lograr la ciudadanía social, que tiene como componente medular la regla de *“lo mejor para todos”* y la cual reposa en la constatación empírica de que nunca se puede dar *“todo para todos ni en los lugares más ricos del mundo conforme se ha idealizado en lo posguerra.”*²⁵ Reflejaban también una estrategia de cambio en el desarrollo de los sistemas de salud que apuntaba hacia espacios que superaban las fronteras nacionales. La reforma fue considerada como un fenómeno global, como parte de los cambios económicos, independientemente de la práctica concreta de cada país.

En ese proceso de cambio, Funsalud ocupó también el lugar de catalizador—nacional e internacional—de los intereses en torno de la reforma sectorial. En ese papel, Funsalud asumió la misión de convertirse en la formuladora de la base técnico-científica de la reforma y de situarse, al mismo tiempo, en el lugar, de proveedor y de promovido, a partir del cual podía, por un lado, tejer la conexión entre organismos internacionales, empresas privadas, instancias de gobiernos y comunidad técnico-

científica, al canalizar relaciones que resultaban facilitadas por sus contactos estratégicos con las elites dirigentes, con acceso a la información y a recursos humanos y de otra naturaleza. Por el otro lado, Funsalud fue promovida al nivel de grupo de expertos capaces de asesorar a los tomadores de decisiones en el país y fuera de él. Esta función, además de reafirmar sus aspiraciones de poder más allá del ámbito nacional, los hizo actores en el tránsito de una sociedad en búsqueda de una nueva dirección para su desarrollo, cuyo sentido y naturaleza tendrían que ser indagados y estudiados, además de reafirmar sus aspiraciones de poder más allá del ámbito nacional.

Es evidente que la creación, consolidación y expansión de Funsalud son indicativos de modificaciones importantes en las relaciones de poder del sector y en las formas de relacionamiento entre el estado, la sociedad y el mercado en el sector salud, aunque no sea posible afirmar, por lo menos por ahora, que dicho proceso se haya inscrito en una trayectoria de democratización y de resultados positivos con relación al proceso salud-enfermedad-atención, en particular para los grupos excluidos del mercado. La conformación de ese grupo ha llevado a un relativo desplazamiento de los viejos salubristas vinculados al proyecto populista del Estado Mexicano, y a una amenaza a los adeptos del modelo de seguridad social así como a una renovación del poder de la visión biomédica en las políticas de salud.

El nombramiento del doctor Julio Frenck como Secretario de Salud en el gobierno del presidente Vicente Fox (en 2001), candidato del Partido Acción Nacional (PAN), conocido por sus posiciones de centro-derecha, cierra no sólo un ciclo de 70 años del PRI en el poder, sino también el de determinadas fuerzas políticas y sociales que habían garantizado la naturaleza social del Estado Mexicano. En cierto sentido, apunta a una inflexión en dirección a una mayor participación del sector privado en la definición de los rumbos del sector. Es en ese nuevo marco de renovación de las fuerzas sociales y políticas de donde surge la propuesta anunciada en junio de 2001 por el Secretario de

crear un “Seguro Popular para la Salud,” formulada por Funsalud. El Seguro Popular para la Salud sería una estrategia que permitiría canalizar, para la Secretaría de Salud o para una Institución de Servicios Especializados en Salud (ISES), el llamado “gasto de bolsillo” de muchos millones de mexicanos pobres que no tiene acceso a la seguridad social, y que no lograrán ser atendidos en los servicios públicos de la Secretaría de Salud. El impacto esperado de esa medida sería más sobre el mercado de servicios de salud que sobre la equidad y la promoción de la salud, problemas estructurales del sistema de salud en proceso de reforma.

Sin embargo, el curso de esas decisiones estará determinado por el juego de las alianzas entre el actual Secretario del ramo y el sector privado, como también por el proyecto de legitimidad del PAN y por la presión de otras fuerzas políticas presentes en la sociedad. Entre estas, destácase en particular la del Partido de la Revolución Democrática (PRD), que actualmente gobierna la Ciudad de México y otros estados y que ha defendido el fortalecimiento de la dimensión pública de la salud, así como también la de algunas otras tendencias presentes en el sector sindical y en el PRI. Por otra parte, estará determinado también por las condiciones concretas de enfermar y morir de millones de mexicanos que apostaron al cambio político, y por una nueva generación de políticas de salud, animada por ciudadanos y no por puros “consumidores.”

Conclusiones

Este estudio muestra que, tanto en Brasil como en México, es posible observar una renovación de las bases conceptuales de la salud pública. En ambos países, con intensidades distintas, un grupo de especialistas se identifica con el propósito de redefinir la salud pública puesta en práctica en las instituciones de servicios y de reorientar las instituciones formadoras de recursos humanos. Aunado a ese proceso, se observa también la conformación de una vertiente de lucha por la reforma sectorial, a través de la cual

determinados actores luchan por dirigir y controlar el futuro de los sistemas de salud en sus respectivos países. En la conformación de esas vertientes de lucha, los especialistas en salud pública tuvieron el papel de generadores de un marco técnico-científico, a partir del cual se justificó un determinado reordenamiento sectorial que apuntaba hacia una específica distribución de los bienes y recursos proporcionados por el sector salud. Los investigadores involucrados en ese proceso, tanto los pertenecientes a *Salud Colectiva* en Brasil, como a la *Nueva Salud Pública* en México, además de producir y divulgar un volumen significativo de trabajos técnico-científicos, adquirieron una importante relevancia en diferentes instituciones, aportando nuevas ideas en torno al proceso salud-enfermedad-atención, y desplazando o renovando las corrientes anteriores. Se puede afirmar que ambos grupos, aunque cada uno con su propia idea y visión del mundo, llegaron a convertirse en actores capacitados para participar en el combate por una reforma de los respectivos sistemas de salud. Son actores cuyo papel fue, y continúa siendo, el de fortalecer la base técnico-científica a partir de la cual se justifica una determinada distribución de los recursos, y no otra. Por otro lado, los dos grupos de profesionales se sitúan en posiciones distintas dentro del espectro político-ideológico, lo que implica diferentes concepciones de democracia y de ciudadanía, como también de alianzas para llevar a cabo sus proyectos.

En ambos casos, los investigadores y profesionales de la salud estaban interesados en discutir la salud pública dominante en las instituciones, en sus respectivos países y en proponer políticas alternativas para responder a los problemas colectivos e individuales de salud. Esa reacción contra lo establecido en el sector hizo parte de una dinámica de reformas más amplia, presente en ambos países. En el caso de Brasil, la *Salud Colectiva* fue formulada en la perspectiva de recuperar el lugar de lo social dentro del campo de la salud, como categoría analítica explicativa de la manifestación diferenciada de la enfermedad en los grupos sociales, y como ámbito de actuación política y de definición

de necesidades por los propios sujetos. El contexto de indignación creciente de diferentes grupos sociales, con relación al régimen militar, se entrecruzaba con el descontento provocado por la política de salud y la deuda social acumulada. En torno a esa superposición de agravios se conformó una plataforma general de democratización que congregó a las diversas agrupaciones de izquierda, sectores liberales, trabajadores y otros grupos de la sociedad. En ese contexto de democratización amplia y de exacerbación de demandas, la plataforma político-ideológica de los sanitaristas-colectivistas permitía el reconocimiento de que la salud no era un problema exclusivamente médico-clínico; por el contrario, había que definirla antes como un problema social a ser resuelto en el espacio público. En ese sentido, la propuesta del SUS, que contemplaba la creación de un sistema nacional universal e integrado, con participación social en diferentes ámbitos de decisión, fue presentada como el medio necesario para convertir en realidad los anhelos de justicia social de la sociedad.

De alguna manera, también en México, desde los años sesenta algunos grupos sociales habían venido poniendo en tela de juicio los contenidos ideológicos del régimen priísta y el sistema de partido único. Unos reclamaban por más democracia y por una mejor distribución de las ganancias de la industrialización, y otros por menor presencia del estado en la conducción de la economía. *La Nueva Salud Pública*, con su discurso de la competencia y de la libre elección, de la participación responsable de los usuarios y de otros sectores sociales en asuntos referentes a la salud, se presentó, en un primer momento, como un recurso ideológico para hacer frente a los reclamos por una mayor participación de la sociedad. Esos fueron amalgamados coyunturalmente en una plataforma política que ofrecía a determinados grupos políticos del sector privado y a ciertos segmentos medios urbanos, un proyecto técnico-ideológico de referencia para movilizar, en su favor, sectores sociales interesados en promover cambios socio-políticos. El mercado fue identificado y definido como un espacio perteneciente a la sociedad, y

como tal, ámbito productor de los recursos y servicios, y de expresión de las necesidades de salud. En el contexto de crisis económica y de reducción de los recursos para el sector social, resolver los problemas de salud era dar a conocer los recursos y servicios existentes, disponibles de ser utilizados para garantizar el acceso a los servicios, de acuerdo con la distribución y frecuencia de las enfermedades en la población. La *Nueva Salud Pública* sería la responsable de proveer indicadores elaborados científicamente para lograr una mejor relación entre los costos y los beneficios.

Por otro lado, en el caso de Brasil, los salubristas-colectivistas identificados con el pensamiento de izquierda, buscaron desempeñar el papel de portavoces de los grupos socialmente excluidos de los beneficios de la política de salud y en nombre de esos grupos, promovieron alianzas con los sectores más sensibles a la cuestión social. También utilizaron de forma instrumental las oportunidades proporcionadas por las agencias internacionales sectoriales (OMS-OPS) y fundaciones privadas (Kellogg) además de intercambiar experiencias e ideas con Centros de Investigación de países de América Latina y de Centro América o de Europa, comprometidos con una perspectiva de carácter estructural en el combate de las desigualdades en salud. El fin del período militar y del surgimiento de actores con capacidad de representación, hizo que esos especialistas fuesen perdiendo su capacidad de dirigir el proceso de cambio que contribuyeron a desencadenar. Sin embargo, no perdieron la legitimidad política e ideológica conquistada como profesionales del campo de la salud pública comprometidos con la promoción de políticas redistributivas en salud, además de haber ganado paulatinamente también legitimidad técnica.

De igual forma, en México, los neosalubristas, identificados con Centros de EUA, que participaron en la formulación de la agenda neo-liberal para el sector salud, optaron por la anulación de la política en la solución de los problemas de salud, dando preferencia a los argumentos técnicos. Al revés de debates abiertos promovieron encuestas; la

participación social fue interpretada como responsabilidad individual para con la salud y el proceso de decisión continuó siendo interpretado como un ámbito de participación restringida. También obtuvieron el apoyo de las agencias internacionales y de fundaciones privadas que compartían de sus propósitos y ideologías, además de haber conseguido formarse técnicamente en los instrumentos elaborados y difundidos por esas agencias. Y fue por medio de esas estrategias como lograron conquistar la legitimidad ideológica y técnica junto a los grupos sociales que optaron por garantizar la continuidad de la acumulación, dando prioridad a la prudencia en los gastos sociales para la solución de las desigualdades en salud y al crecimiento del mercado como ámbito de creación de riqueza y de desarrollo tecnológico en salud.

Según algunos autores, como Almada Bay (1990), la discusión conceptual entre lo social y lo biológico en la determinación de la enfermedad refleja un movimiento pendular que lleva de la “biologización de lo social a la socialización de lo biológico.” Para Arredondo (1992), en el campo de la salud pública se han desarrollado diferentes marcos teóricos-conceptuales que reflejan diferentes paradigmas y modelos de organización de los servicios de salud. De todas formas, según Berzosa (1996: 269), las ideas y teorías, como también la forma de conceptualizar lo que está pasando en la sociedad (Bauman, 1999), juegan un papel crucial en la construcción de las salidas. Los conceptos científicos representan, antes que todo, una realidad simbólica construida por el ser humano en su intento de dominar la realidad absoluta, amenazadora y vacía de sentido propio. Por lo mismo, la *Salud Colectiva* y la *Nueva Salud Pública* son expresiones de una confrontación de ideas diferentes con relación a cómo enfrentar la desigualdad social y cómo distribuir los recursos y bienes del modelo biomédico.

A partir de la perspectiva de Menéndez, la presencia de esos dos grupos expresa las luchas socio-políticas e ideológicas, en situaciones específicas, por el control de los recursos—económicos, ideológicos, políticos, culturales—del modelo biomédico. El

resultado de esos embates es lo que autoriza considerar a las instituciones de salud como expresión de relaciones de poder estructuradas basándose en temporalidades, especificidades y dinámicas propias, y ubicadas en un contexto social, político e ideológico específico. Tratar a las instituciones de salud bajo este ángulo permite verificar que las estrategias para alcanzar cambios en dirección a una mayor participación de los ciudadanos, o bien del mercado, en la definición de las necesidades de la salud, en sociedades que están continuamente produciendo y ampliando nuevas y viejas situaciones de pobreza, requieren que se enfrente al mismo tiempo el problema del alto grado de exclusividad social. En el caso de ambas estrategias, como en cualquier política que expresa relaciones sociales, hay que preguntar por la naturaleza de alianzas y transacciones realizadas, e indagar, de una parte, si contribuyen o no para la organización de la sociedad, y por la otra, a la superación de la pobreza y de la desigualdad social en lugar de obstaculizarla. Como bien expresó Schedler (1993: 69), “los problemas societales no se resuelven; se deciden,” y las condiciones institucionales que fundamentan las decisiones son las que, en última instancia, dan vida a las propuestas.

En ambos procesos, lo que está en juego no es solamente la dimensión técnica de la solución de los problemas de salud, sino fundamentalmente la política; esto es, las modificaciones que operan sobre las relaciones de poder del sector de manera que favorezcan la puesta en práctica de ambos proyectos. Es decir, las fuerzas sociales que se encuentran detrás de las propuestas técnicas son las que dan sentido a las mismas. De ahí nuestro esfuerzo por ubicar la *Salud Colectiva* y la *Nueva Salud Pública* en sus contextos socio-políticos y en las relaciones de conflicto propias del sector salud para explicitar, por un lado, las interacciones, las oposiciones y negociaciones realizadas por ambos grupos, en el intento de incidir en el tejido relacional del sector de manera que permita construir relaciones de poder capaces de dar sustentabilidad ideológica y política a los proyectos técnico-asistenciales en discusión, en cuanto representación del futuro. Por otro lado, los

compromisos adquiridos que permitirán a ambos grupos ascender en la escena pública, en cuanto especialistas que conceptualizan y organizan salidas en torno a los problemas a los que la sociedad tiene que dar respuestas en el campo de la salud.

Endnotes

¹ La síntesis de los contextos económico y político presentada en este apartado está basada en los análisis de José Luis Fiori (1995 a y b; 2001), citados en la bibliografía.

² En este período se crearon más empresas gubernamentales (aproximadamente 60% del total) que en los sesenta años anteriores (Martins, 1977 *apud* Fiori, 1995a: 107). Estas empresas funcionaron como “fiadores” e “intermediarios” para la obtención de recursos externos a partir de grandes proyectos de desarrollo que, para ponerse en práctica, involucraban al sector privado. Aún así, estos mecanismos fueron duramente atacados por la burguesía nacional en el momento posterior por el “alto grado de estatización” del gobierno (Fiori, 1995).

³ Además, también implementó otras medidas de política social, tales como la creación del Fondo de Garantía por Tiempo de Servicio-FGTS, para los empleados en el mercado formal de trabajo, del Banco Nacional de Habitación-BNH y del Programa de Integración Social-PIS/PASEP.

⁴ A pesar de las intenciones explicitadas en el II PND, de priorizar el área social y el combate a la pobreza, el aumento relativo de recursos para el Ministério da Saúde (MS) significó la canalización de apenas 7, 8% del total de los recursos gastos en salud para el MS, ao passo que la atención médico de la Seguridade Social era responsable por 92, 5% de los gastos totales en salud (Escorel, 1998: 58–59).

⁵ Varios autores han discutido esta temática, entre ellos ver Fiori (1978), Braga and Paula (1981), Cordeiro (1984), Teixeira and Oliveira (1986), Draibe and Silva (1986), Campos (1988), Vianna (1989, 1990).

⁶ Para una discusión sobre la Medicina Comunitaria y las reformas médicas anteriores ver Donnangelo (1975 y 1976), citadas en la bibliografía.

⁷ La denominación de “Partido Sanitario” aparece en los diferentes autores (Escorel, 1987; Teixeira, 1987; Oliveira, 1987; Campos, 1988; Cohn, 1989). En general, se refiere a un grupo o conjunto de técnicos, profesionales, intelectuales e investigadores que tenían en común un pasado de izquierda o preocupaciones progresistas, que ocupan puestos o posiciones en el aparato de estado, pero que tendrían un distanciamiento, y cierta independencia en relación con las clases dominantes, al pensar y elaborar políticas de acuerdo con diferentes perspectivas que podrían corresponder, por lo menos potencialmente, a los intereses de diversos bloques sociales, y al actuar organizadamente poniendo en práctica estrategias para la viabilidad de esas políticas.

⁸ En el período 1974–1978 se llevaron a cabo varios cambios en la intervención estatal en el área de salud que se configuraron como una “reanudación de la salud pública” (Silva, 1983): creación de nuevos programas especiales de prestación de servicios y de formación de recursos humanos (como el Programa Estratégico de Formación de Personal para la Salud—PPREPS, en convenio entre el Ministerio de Salud/Ministerio de Educación y Cultura/OPS-Oficina del Brasil), o rehabilitación de antiguos (como el II Programa Nacional de Alimentación—PRONAN); perfeccionamiento de mecanismos de vigilancia epidemiológica y sanitaria; reformas administrativas; creación de planes de implantación de carreras profesionales (de sanitarios, agentes sanitarios, etc.). La articulación y trabajo conjunto del Ministerio de Salud con otros órganos del aparato de Estado, como el Instituto de Planificación Económica y Social—IPEA, de la Secretaría de Planificación de la Presidencia de la República—SEPLAN, también fortaleció ese proyecto de revigorización institucional. Entre los programas especiales son de particular interés los siguientes: 1) PLUS—Plan de Localización de Unidades Sanitarias (de la Seguridad Social), dirigido al área urbana, que proponía una nueva metodología de programación para una distribución “más racional y más justa” de servicios de asistencia médica. No es llevado adelante y es substituido por el PPA—Plan de Pronta Acción, que promueve la “universalización” del atención médica de emergencia, pues permitía la atención a cualquier persona, sin necesidad de comprobar ser beneficiario. 2) PIASS—Programa de Interiorización de Acciones de Salud y Saneamiento (en el Ministerio de Salud/IPEA), que tenía las mismas características del anterior, pero se destinaba al área rural. Este programa impulsó el desarrollo de una red de servicios básicos de salud, principalmente en la región Nordeste, antagonizando con el modelo del sanitarismo tradicional (representado por la histórica actuación

de la FSESP en la región, desde las primeras décadas del siglo). De la implación del PIASS, se destaca además el inicio de la actuación de las instancias de articulación interinstitucional, que fueron retomadas y ampliadas posteriormente por el Programa de las Acciones Integradas de Salud—PAIS, puesto en marcha a partir de 1983 (Escorel, 1987).

⁹ Entre estos podemos citar el programa del municipio de Paulínia, en São Paulo, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Campinas—UNICAMP, financiado por la Kellogg; el de Montes Claros, en Minas Gerais, que originalmente era un proyecto piloto de planificación familiar, con una articulación que la Universidad de Tulane (EEUU) y la Universidad del Norte de Minas y cuyos desdoblamientos lo transformaron en un proyecto de reorganización de servicios, incorporado por la Secretaría Estatal de Salud, y en un marco de referencia para otros proyectos de mudanzas institucionales en los niveles estatales y federal, además de provocar una serie de enfrentamientos con los cuadros tradicionales de la salud pública, en todos los niveles (Escorel, 1987). El desarrollo de Montes Claros va a exponer también las divergencias y los diferentes proyectos presentes en el propio movimiento sanitario de reforma (*el rostro racionalizador y el rostro estratégico*), que se unifican posteriormente *constituyendo una tendencia progresista*, frente a los enemigos comunes—las fuerzas conservadoras de la salud pública y las privatizadoras de la asistencia médica inampsiana (Escorel, 1987: 255–60).

¹⁰ Entre estos se destacan Campinas y Piracicaba (São Paulo), Lages (Santa Catarina) y Niterói (Rio de Janeiro). También aquí la estrategia era de *ocupación de espacios vacíos dejados por otras esferas de gobierno* (Neves, 1987 *apud* Muller, 1991, 1991a). Otras experiencias locales de extensión de cobertura también se desarrollaron en la misma época: Capim Branco (Minas Gerais) y Porto Nacional (Goiás). En el Nordeste, con la implantación de la red básica del PIASS, algunos municipios también desarrollaron “modelos alternativos” de organización de los servicios de salud. Entre todas estas experiencias el proyecto de Montes Claros fue paradigmático.

¹¹ Vale registrar, sin embargo, que la retomada del proceso municipalista en el sector salud tiene antecedentes en los años 50 y 60, cuando una propuesta de municipalización de la salud fue formulada por grupos de sanitaristas que integraban la llamada *vertiente sanitarista desarrollista* en el Ministerio de Salud (Labra, 1985; Escorel, 1987). Esa propuesta fue dominante en el debate sobre las políticas estatales de salud entre 1963 y 1964 y fue aprobada en la III Conferencia Nacional de Salud (1963), durante el gobierno Goulart. Su desarrollo fue inviabilizada por el golpe militar de 1964 (Muller, 1991, 1991a). Las mismas directrices fueron posteriormente incorporadas al debate sectorial en la coyuntura de apertura política de mediados de los años 70, aunándose a las otras prácticas y líneas de pensamiento de oposición sectorial, como la medicina social (Stralen, 1985), la medicina comunitaria y la salud colectiva, constituyendo entonces las nuevas bases institucionales y políticas de la reforma (Almeida, 1993; Escorel, 1987; Muller, 1991).

¹² Para un repaso de las diferentes temáticas discutidas en las CNSs y su papel en ese proceso ver en Escorel (1987); Almeida and Oliveira (1979), Gadelha y Martins (1988), entre otros.

¹³ El PREV-SAÚDE fue elaborado por la CIPLAN. La primera versión (1979) provocó los enfrentamientos intraburocráticos y las fricciones entre los Ministerios (Salud y Seguridad Social). Como resultado, fue elaborada una segunda versión (1980), básicamente racionalizadora y que tuvo como objetivo central la contención de costos de la asistencia médica. Esta versión fue cuestionada por los más variados grupos de la oposición sectorial, analizada por la CIPLAN y encaminada a la Comisión de Salud de la Cámara, donde fue encajonada.

¹⁴ La implantación de las AIS, como veremos más adelante, enfrentó una fuerte oposición de la Federación Brasileña de Hospitales, que defendía los intereses de las instituciones médicas privadas contratadas por el Estado.

¹⁵ Algunas investigaciones han demostrado que las AIS, en el contexto del resurgimiento de los partidos políticos, sirvieron también para posibilitar intermediaciones clientelistas. Veáse, por ejemplo, Mendes (1994).

¹⁶ Los Encuentros Nacionales de Secretarios Municipales de Salud se realizaron en São José dos Campos (São Paulo) en 1982; Montes Claros (Minas Gerais), en 1985, y Londrina (Paraná) en 1987. Hay que recordar que muchos de esos secretarios eran oriundos del grupo de sanitaristas o eran cuadros formados en los cursos de especialización y de posgrado organizados por aquellos.

¹⁷ Amplia bibliografía registra y describe este proceso. Un análisis más depurado, en cuanto a los intereses y distintos proyectos en lucha, y de sus representaciones, así como del significado del apoyo de las instituciones de salud pública y de los partidos, aún está por hacer.

¹⁸ Conjuntamente con el programa de las AIS, el SUDS tuvo importancia crucial en el proceso de descentralización del sistema de salud.

¹⁹ Los resultados del trabajo de esa comisión fueron presentados en el libro “Hacia un Sistema Nacional de Salud,” publicado en 1983 por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

²⁰ Esa tendencia fue institucionalizada y oficialmente reconocida en la década de 1990 por el *US Center for Disease Control and Prevention* (Kerr 1, citado por Horton, 2000), en un momento en que, según Mechanic y Rochefort (1996: 5, citando a Waitzkin, 1983) “la ciencia y la tecnología biomédica están apoyadas por una variedad de intereses significativos que dependen de investigación continua y apoyo al desarrollo, y que incluyen industrias médicas, universidades, centro de ciencia de la salud y firmas de consultorías, así como científicos, médicos, y otros profesionales, cuyos niveles de vida y éxito profesional dependen de su capacidad para manipular nuevas tecnologías” (traducción libre). Así, para algunos autores, esa escisión entre lo médico y lo social fue lo que permitió a la medicina convertirse en un gran negocio (Horton, op. cit.).

²¹ Funsalud (1987: 10). En documentos posteriores de Funsalud, su creación pasa a ser presentada como una iniciativa de un grupo de empresarios y no más como de doctor Soberón (Funsalud, 1993, n° 1).

²² En la visión del doctor Soberón, el sistema de salud mexicano estaba pasando por otro momento sin haber terminado todavía el “cambio estructural.” Ahora, la salud es un elemento fundamental de la economía de los países y “en la actualidad se gasta mucho dinero en salud y hay preocupación porque los costos siguen creciendo y, además, ahora ya no esta obteniendo dividendos por el dinero que se gasta. Hace falta más dinero para la salud, pero también hace falta más salud por el dinero que se invierte y esta es una gran preocupación....” (Soberón, 1995).

²³ Entrevista con un funcionario del Centro de Desarrollo Estratégico de la Seguridad Social, realizada en junio 1995.

²⁴ Entrevista con un representante de Funsalud, realizada en abril de 1995.

²⁵ Idem.

Bibliografía

- Abrantes, P.R. 1997. “La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación.” In *História, ciencias, saúde*, IV (2). Rio de Janeiro, Brasil.
- Aldrete-Haas, J.A. 1991. *La deconstrucción del estado mexicano, políticas de vicendas, 1917–1988*. Alianza Editorial: México, D.F.
- Almada Bay I. 1982. “Muertos que no hacen ruido.” In *El desafío mexicano*. Nexos, México.
- Almeida, C.M. 1995. *As Reformas Sanitárias nos Anos 80: Crise ou Transição?* Tese de Doutorado. ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro.
- _____. 1996a. “Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: Uma análise crítica.” *Saúde e Sociedade Revista da Faculdade de Saúde Pública da USP* 5 (2): 3–57. São Paulo: Universidade de São Paulo, Associação Paulista de Medicina.
- _____. 1996b. “Novos Modelos de Reforma Sanitária: Bases Conceituais e Experiências de Mudança.” In Costa, N.R. and Ribeiro, J.M. (org.), *Política de Saúde e Inovação Institucional*. Editora FIOCRUZ 69–98: Rio de Janeiro.
- _____. 1999. “Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: experiências internacionais e tendências de mudança.” *Ciência and Saúde Coletiva* 4 (2): 263–86.
- Almeida, C.M., y Oliveira, C.A. 1979. *O despertar da Phoenix? Algumas notas sobre a instituição Ministério da saúde no período 1974–1978*. Instituto de Medicina Social/UERJ: Rio de Janeiro (mimeo).
- Almeida, M.H.T. 1996. “Federalismo e Políticas Sociais.” In Rui de B.A. Affonso and Pedro Luis Barros e Silva (org.), *Federalismo no Brasil—Descentralização e Políticas Sociais*. Fundap: São Paulo.
- Andreazzi, M.F.S. 1990. *O seguro saúde Privado no Brasil*. Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro.
- Basáñez, M. 1981. *La lucha por la hegemonía en México 1968–1990*, 10ª edición. Siglo veintiuno editores, México.
- Berzosa, C. 1996. “Crisis económicas y retrocesores del Estado de Bienestar.” In *Pros y contras del Estado del Bienestar*, Editores, Ramón Casilda Béjar y José María Tortosa, Tecnos, España, Salamanca.
- Birman, J. 1991. “A Physis da Saúde Coletiva.” *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1 (1): 1–6.
- Brachet-Márquez, V. 1994. *El pacto de dominación, Estado, clase y reforma social en México (1910–95)*. El Colegio de México: México, D.F.

- Braga, J.C. y Paula, S.G. 1981. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. CEBES/HUCITEC: São Paulo.
- Campos, G.W. de S. 1988. "A Reforma Sanitaria Necessaria." In Giovanni Berlinguer *et alli* (org.) *Reforma Sanitária: Itália e Brasil*. HUCITEC/CEBES: São Paulo.
- Castro, M.H.G. 1991. "Interesses, Organizações e Políticas Sociais." *BIB-Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais*, 31: 17–48.
- Christlieb, P.F., y Algazi, L.B. 1993. "La década de los sesenta." In *Evolución del Estado Mexicano, consolidación 1940–1983*, 4ª edición. El Cabalito: México, D.F.
- Cohn, A. 1989. "Caminhos da reforma sanitária." *Lua Nova, Revista de Cultura e Política* 19.
- Cordeiro, H. 1982. "Políticas de Saúde no Brasil: 1970–1980." In IBASE. *Saúde e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- _____. 1984. *As Empresas Médicas*. Graal: Rio de Janeiro.
- Costa, Dina Czeresnia (org.). 1990. *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. Hucitec/ABRASCO: Rio de Janeiro.
- Davis, D.E. 1990. "Los movimientos sociales en la crisis de México." In *Interpretaciones sobre el sistema político mexicano*. IEPES: México, D.F.
- Diniz, E. 1989. "A Consolidação Democrática no Brasil: Atores Políticos, Processos Sociais e Intermediação de Interesses." In Eli Diniz, Boschi, R. and Lessa, R. (org.), *Modernização e Consolidação Democrática no Brasil-Dilemas da Nova República*. IUPERJ/Vértice: São Paulo.
- Donnangelo, M.C.F. 1975. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Biblioteca Pioneira em Ciências Sociais.
- _____. 1976. *Saúde e Sociedade*. Livraria Duas Cidades: São Paulo.
- Draibe, S.M. 1986. "O padrão brasileiro de proteção social: desafios à democratização." *Análise Conjuntural*, Curitiba, 8 (2): 13–19, fevereiro.
- _____. 1989. "O Welfare State no Brasil: Características e perspectivas." *Ciências Sociais Hoje*: 13–61. ANPOCS: São Paulo.
- Draibe, S.M., and Aureliano, L. 1989. "A Especificidade do Welfare State brasileiro." In *A Política Social em tempo de crise: Articulação Institucional e Descentralização*, V. 1, Cap. III (Economia e Desenvolvimento). CEPAL/MPAS: Brasília.
- Draibe, S.M., and Silva, P.L.B. 1990. "Desenvolvimento de Políticas de Saúde nos anos 80: O Caso Brasileiro." NEPP/UNICAMP/OPAS: Campinas, (mimeo).
- Escorel, S. 1987. "Reviravolta na saúde: origem e articulação do Movimento Sanitário." *Disertación de Maestria*. ENSP-FIOCRUZ: Rio de Janeiro.

- _____. 1987. Teixeira, S.M.F. “O Dilema Reformista na Reforma Sanitária Brasileiro.” *Revista de Administração Pública*, 21 (4).
- _____. 1998. “Reviravolta na Saúde: origem e articula/co do Movimento Sanitário.” Ed. FIOCRUZ: Rio de Janeiro.
- _____. 1991. “Avaliação Comparativa do Processo de Implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS)-Estado do Rio de Janeiro.” Relatório de Pesquisa, V.1 a 5 (mimeo).
- Faveret, P., y Oliveira, P.J. 1989. “A Universalização Excludente (Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde).” *Texto para Discussão*, N. 216. Instituto de Economía Industrial, Universidad Federal de Rio de Janeiro: Rio de Janeiro.
- Fiori, J.L. 1978. “Saúde e Medicina no Brasil-Introdução.” In Reinaldo Guimarães (org.), *Saúde e Medicina no Brasil*. Graal: Rio de Janeiro.
- _____. 1989. “Brasil: Uma Transição democrática com Crise Orgânica do Estado.” Rio de Janeiro: IEI/UFRJ, *Texto para Discussão*, N. 195.
- _____. 1991. “Democracia e Reformas: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas.” OPAS/OMS: Brasília (mimeo).
- _____. 1995a. *O Vôo da Coruja-Uma Releitura Não Liberal da Crise do Estado Desenvolvimentista*. Editora da UERJ (Universidade Estadual do Rio de Janeiro): Rio de Janeiro.
- _____. 1995b. *Em busca do dissenso perdido-Ensaio crítico sobre a festejada crise do Estado*. Editora Insight: Rio de Janeiro.
- _____. 2001. *Brasil no espaço*. Petrópolis. Vozes: Rio de Janeiro.
- Frenk, J. 1992. “La nueva salud pública.” In “*La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*.” OPS: Washington.
- _____. 1994. *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. SEP, Fondo: México.
- Funsalud. 1987. “Mensaje de Dr. Guillermo Soberón Acevedo.” In *Memoria de la Segunda Asamblea General Ordinaria*, México.
- _____. 1993. “El modelo Funsalud.” Cuadernos México.
- _____. 1994. Economía y Salud-Propuestas para el avance del sistema de salud en México-Informe final, México.
- _____. 1995. La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud. Documentos para el análisis y la convergencia, México.
- _____. 1996. Salud: Mezcla Público-privado. Cuadernos Funsalud, n. 18. México.
- Gadelha, P., y Martins, R. 1988. “A Política Nacional de Saúde e a VIII CNS.” *Revista Saúde em Debate* (20): 79-84.

- Horton, R. 2000. "How Sick is Modern Medicine?" In *The New York Review*, Novembre 2.
- Instituto Nacional de Salud Pública—Cinco años de vida 1987–1991, Cuernavaca, México, 1992.
- Kumate, J., y Soberón, G. 1989. *Salud para todos-¿utopía o realidad?* El Colegio Nacional: México.
- Labra, M.E. 1985. O movimento sanitario nos anos 20 n°. Brasil: da conexao sanitaria internacional a especializacao em saúde pública. Tese de Mestrado, EBAP-FGV: Rio de Janeiro, Brasil.
- _____. 1988. "1955–64: o sanitarismo desenvolvimentista." In Teixeira, S.F. (Coord.), et al. *Antecedentes da Reforma Sanitária. Textos para Apoio*. PEC/ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro.
- Lin, N. 1999. "Social networks and status attainment." In *Annu. Rev. Sociol.* 25: 467–87.
- Loewe, R. 1989. "Desplazamiento de personal adiestrado en salud pública: teoría para la acción." In *Revista Higiene*. Sociedad Mexicana de Salud Pública: México.
- Lustig, N. 1994. *México: Hacia la reconstrucción de una economía*. El Colegio de México y Fondo de Cultura Ecocómica: México.
- Luz, M.T. 1991. "Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de transição democrática-anos 80." *Physis Revista de Saúde Coletiva* 1 (1), 1991.
- Machado, E.A. 1988. As possibilidades de controle social das políticas públicas. *Revista de administração Pública*, 2 (1): 32–49.
- Malloy, J.M. 1976. A política de Previdência Social no Brasil: participação e paternalismo. *Revista Dados*, N. 13, IUPERJ.
- Marquez Pereira, J. 1994. "La reducción de la intervenciónsocial del Estado." In *Democracias posibles-El desafío latinoamericano*, Georges Couffignal (comp.), 227–46. Fondo, México.
- Mechanic, D. and Rochefort, D.A. 1996. "Comparative Medical Systems." *Annu. Rev. Sociol.* 22: 239–70.
- Médici, A.C. 1990. "Financiamento e Contenção de Custos nas Políticas de Saúde: Tendências Atuais e Perspectivas Futuras." *Planejamento e Políticas Públicas* (4): 83–98.
- Melo, M.A. 1993. "A anatomia do fracasso: intermediação de interesses e a reforma das políticas sociais na Nova República." *Dados*. 36 (1):119–63. Rio de Janeiro.
- Melo, M.A., y Azevedo, S. 1996. "Mudanças Institucionais, Reforma do Financiamento da Seguridade Social e a Reforma Tributária no Brasil, 1990–96." *Relatório Final de Pesquisa*, Programa de Dotação para a Pesquisa FORD/ANPOCS, 1995 (mimeo).

- Melo, M.A., y Rosário Costa, N. 1995. "A difusao das reformas neoliberais: Análise estratégica, atores e agendas." In *Contexto Internacional*, 17 (1): 89–113. Rio de Janeiro, Brasil.
- Mendes, E.V. 1994. "As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neo-Liberal." In E.V. Mendes (org.), *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. Hucitec/Abrasco: São Paulo/Rio de Janeiro.
- Menéndez, E. 1981. "Poder, estratificación y salud: analisis de las condiciones sociales y economicas de la enfermedad en Yucatan." Ediciones de la casa chata: Ciesas, Mexico.
- _____. 1990. "Antropología médica. orientaciones, desigualdades y transacciones." Ciesas, México.
- _____. 1992. "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible." In *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate* 103–22, OPS.
- Molina Leza, J. 2000. *Los modelos de Atención a la salud en los Sectores Públicos, de seguridad social y privado en Las Américas*, versión preliminar, (mimeo).
- Muller Neto, J.S. 1989. "O Município e o Financiamento da Saúde." *Revista Saúde em Debate-CEBES* (27): 23–29.
- _____. 1991. "Políticas de Saúde no Brasil: a Descentralização e seus Atores." *Revista Saúde em Debate-CEBES* (31): 54–67.
- _____. 1991a. "Descentralização e Democracia: Tópicos para um Debate." *Revista de Saúde em Debate-CEBES* (33): 33–40.
- Navarro, V. 1992. "¿Qué es la investigación sobre servicios de salud? Una revisión de investigaciones sobre servicios de salud: una antología." In *Cuadernos Médicos Sociales*, 62: 59–71. Argentina.
- Nunes, E.D. (org.) 1985. *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. OPAS/OMS: Brasília.
- O'Connor, A. 2000. "Poverty research and policy for the post-welfare era." In *Annu. Rev. Sociol.* 26: 547–62.
- O'Donnell, G. 1982. "Tensões no Estado autoritário-burocrático e a questão da democracia." In D. Collier (org.), *O Novo Autoritarismo na América Latina*. Paz e Terra: Rio de Janeiro.
- _____. 1987. "Transição Democrática e Políticas sociais." *Revista de Administração Pública* 21 (4), Out. Dez. Rio de Janeiro.
- Ochoa de Mendoza. 1980. "Coordinación inter e intrasectorial en nivel superior." In *Memoria de la XXXIV Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Publica*, del 10 al 14 de noviembre. Sociedad Mexicana de salud Publica: Mexico.

- Oliveira, J. 1987. "Reformas e Reformismos: Democracia Progressiva e Políticas Sociais (ou para uma teoria política da Reforma Sanitária)." *Cadernos de Saúde Pública*, III (4), Out/Dez.
- Podolny, J.M., y Page, K.L. 1998. "Network forms of organization." *Annu. Rev. Sociol* 24: 57–76.
- Pozas H. 1993. "La democracia en Blanco: El movimiento médico en México, 1964–1965." Siglo veintiuno, editores. México.
- Prud'Homme, J.F. 1994. "Elecciones, partidos y democracia." In coord., Víctor Manuel Durand Ponte, *La construcción de la democracia en México.* México: Siglo Veintiuno Editores.
- Rodriguez, A., y Vital G. 1979. "Las políticas de salud y las luchas de los trabajadores." In *Cuadernos Políticos*, n°. 19, enero-febrero, 50–68. México.
- Rousseau, I. 2001. *México: ¿una revolución silenciosa? 1970–1995 (Élites gubernamentales y proyecto de modernización)*. El Colégio de México: México, D.F.
- Rubio, L. 1990. "El cambiante papel del sector privado." In *Interpretaciones sobre el sistema político mexicano*. IEPES: México, D.F.
- Santos, W.G. 1988. "Gênese e Apocalipse: Elementos para uma Teoria da Crise Institucional Latino-Americana." *Novos Estudos. CEBRAP*, n. 20.
- Schedler, A. 1992. *Condiciones y racionalidades de la concertación social: una revisión del debate latinoamericano*. Documento de Trabajo n°. 23. FLACSO: Santiago, Chile.
- Sorria, V. 1997. "Las formas institucionales de la regulación oilítico-económica (1917–1982)." *Economía: Teoría y Práctica, Nueva época*, n°. 8. México.
- Silva, P.L.B. 1983. "A política de saúde no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma Tentativa de Síntese." *Cadernos FUNDAP* 3 (7): 04–11.
- Soberón. 1987. "La protección de la Salud en México-Palabras, discurso y mensagens." Porruá: México.
- _____. 1982. "Los prestadores y los usuarios de los servicios de salud." In *Salud Pública de México*, n°. 4, julio-agosto. México.
- _____. 1995. "La buena mezcla publico-privada abre la competencia y eleva la calidad de los servicios públicos." En *Lideres Mexicanos*; December 1.
- Sojo, A. 1999. Comentario a "El rol del Estado, del mercado y de la sociedad civil en la seguridad social en salud, elaborado por Carmen Zeledón y César Oyarzo." Conferencia sobre las reformas de los sistemas de salud en América Latina: el rol del Estado, la empresa y la sociedad civil, organizada por la Corporación de salud y políticas sociales y el Center for Health and Social Policy, Santiago de Chile, enero de 1999.

- Stralen, Cornelis van. 1998. *The struggle over a National Health Care System. The Movimento sanitário and Health Policy making in Brazil: 1960–1990*. Universiteit van Utrecht: Utrecht, Netherlands.
- Street, S. 1992. *Maestros en movimiento. Transformaciones en la burocracia estatal (1978–1982)*. Ediciones de la casa chata: Ciesas, México.
- Teixeira, J., y Oliveira, S.F. 1989. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil*. Vozes, Petrópolis.
- Teixeira, S.M.F. 1985. “Reorientação da Assistência Médica Previdenciária; um passo adiante ou dois atrás”? *Revista de Administração Pública*, 19 (1) 1989.
- _____. 1987. “O Dilema Reformista na Reforma Sanitária Brasileira.” *Revista de Administração Pública* 21 (4), Out-Dez.
- _____. 1989a. “Política de Saúde na Transição Conservadora.” *Revista Saúde em Debate-CEBES* (26): 42–53.
- _____. 1989b. “Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária.” In Teixeira, S.M. (org.), *Reforma Sanitária—em busca de uma teoria*. Cortez/ABRASCO: Rio de Janeiro.
- _____. 1989c. (org.) “Antecedentes da Reforma Sanitária.” *Textos de Apoio*. PEC/ENSP/FIOCRUZ: Rio de Janeiro.
- Teixeira, S.M.F., y M.H. Mendonça. 1989. “Reforma Sanitária na Itália e no Brasil: Comparações.” In Teixeira, S.M. (org.), *Reforma Sanitária—em busca de uma teoria*. Cortez/ABRASCO: Rio de Janeiro.
- Valdés, C.B. 2001. “La redefinición de los espacios públicos. Formación y trayectoria de la élite gubernamental mexicana, 1970–1999.” In *Foro Internacional*, vol. XLI, julio-septiembre, núm. 5, El Colégios de México.
- Vianna, M.L.W. 1989. “Política Social e Transição Democrática: O caso do INAMPS.” *Textos para Discussão-IEI/UFRJ*, N. 226: Rio de Janeiro.
- Vianna, M.L.W., et al. 1990. “Crise e Reestruturação do Sistema de Proteção Social: Brasil, Espanha e Itália.” In Fiori, J.L. “Estado, Modernização Tecnológica e Bem-Estar Social.” Relatório Final, IEI/Fundação Ford: Rio de Janeiro (mimeo).
- Warman, A. 1995. *El Programa Nacional de Solidaridad—una visión de la modernización de México*. Fondo de Cultura: México.
- _____. 2000. *El campo mexicano en el siglo xx*. Fondo de Cultura: México, D.F.
- Woldenberg, J., y Huacuja, M. 1993. “El sexenio de Echeverría.” In *Evolución del Estado Mexicano, consolidación 1940–1983*, 4° edición. El Cabalito: México, D.F.