

**PERSPECTIVAS DE LA DEMOCRACIA EN BRASIL:
PARTICIPACIÓN, REPRESENTACIÓN Y DELIBERACIÓN EN LOS CONSEJOS DE SALUD¹**

Charlles da Fonseca Lucas (Unicamp y Fiocruz)- charlles.lucas@ig.com.br

Marcelo Rasga Moreira (Fiocruz)- rasga@ensp.fiocruz.br

Fernando Manuel Bessa Fernandes (Fiocruz)- fernando.bessa@ensp.fiocruz.br

Luiz Fernando Mazzei Sucena (Fiocruz)- luiz.mazzei@ensp.fiocruz.br

RESUMEN

En este trabajo se presentarán resultados de la investigación “Monitoramiento y Apoyo a la Gestión Participativa del Sistema Único de Salud”, ejecutada por investigadores del Departamento de Ciencias Sociales (DCS) de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP) de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) del Ministerio de Salud (MS) de la República Federativa de Brasil, y financiada por la Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa (SEGEP) del Ministerio referido anteriormente.

La primera etapa de esta investigación, realizada entre diciembre de 2003 y febrero de 2004, produjo: a) un inédito catastro de los Consejos Municipales de Salud (CMS) y Consejos Estaduales de Salud (CES), conteniendo informaciones necesarias al establecimiento de contactos; y b) un instrumento de investigación (II) compuesto de 58 cuestiones (17 abiertas y 41 cerradas), que fue perfeccionado por medio del diálogo con investigadores de otras Instituciones, y aplicado en los Consejos inscritos en el catastro.

Ya la segunda etapa, iniciada en noviembre de 2004, con el envío del II para 5.559 CMS y 27 CES inscritos en el catastro, visaba la recolección de datos y la construcción de índices e indicadores que viabilizasen la construcción de un Perfil de los Consejos de Salud de Brasil, capaz de ofrecer a la gestión subsidios para la formulación de acciones y programas de perfeccionamiento del trabajo desarrollado por los Consejos.

Es digno de mencionarse que ya habían contestado el II 4.861 CMS, y que dichas municipalidades abrigan un contingente de 156.097.434 de personas, significando 92% de la población brasileña, según datos del Censo Demográfico de 2000, realizado por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE).

Por fin, la tercera etapa, realizada en el periodo de 2006 a 2011, objetivaba: a) consolidar y monitorar los índices e indicadores construidos en la segunda etapa; b) elaborar indicadores relacionados a la participación de los usuarios y a la práctica del control social y c) construir una

¹ Trabajo presentado en el Cuarto Congreso Uruguayo de Ciencia Política, “La Ciencia Política desde el Sur”, Asociación Uruguaya de Ciencia Política, 14-16 de noviembre de 2012.

Estructura Virtual de Trabajo e Investigación (EVTI) que hiciese públicos los datos y análisis sobre el Perfil, con el fin de apoyar el funcionamiento y la actuación de los Consejos mediante la utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Denominada ParticipaNetSUS (<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>), esta EVTI hace público, entre otros, los instrumentos que se han utilizado en la investigación y ofrece la base de datos para consultas y cruce de los mismos.

Palabras-clave: democracia; participación; deliberación; representación y control social.

1- CONSIDERACIONES INICIALES

La preocupación por comprender, discutir, promocionar y perfeccionar y constantemente construir un Sistema de Salud verdaderamente pleno en su misión de atender con equidad, universalidad e integralidad a la población brasileña, se ha notado, en los últimos años, entre académicos, investigadores, sociedad civil organizada y gestores, en una confluencia de intereses que propicia el establecimiento de asociaciones en favor del derecho a la salud.

Como elementos fundamentales y estratégicos en el desarrollo de dicha preocupación y de la viabilización del SUS (Sistema Único de Salud), figuran los Consejos Estaduales de Salud (CES) y los Consejos Municipales de Salud (CMS). Inseridos en el contexto de los Consejos Gestores de políticas públicas, los Consejos de Salud son instancias políticas de carácter permanente y deliberativo, órganos colegiados que poseen como una de sus principales atribuciones- quizá la principal –, propiciar la participación de la sociedad civil organizada y de los usuarios del SUS en la discusión institucionalizada del ciclo de políticas de salud de los Estados y municipalidades.

En el ámbito del Ministerio de Salud (MS), dicha propuesta se ha institucionalizado con la creación, en 2003, de la Secretaría de Gestión Participativa (actual Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa (SEGEP/MS), cuyas competencias se han vuelto hacia la “afirmación del derecho a la salud como derecho de ciudadanía, para la evaluación propositiva y permanente de los consejos de salud y la potencialización del control social del SUS”. (Brasil, 2006).

Con el fin de obtener subsidios para el apoyo al funcionamiento de los Consejos de Salud, la SEGE/MS financia, desde 2003, la investigación “Monitoramiento y Apoyo a la Gestión Participativa del SUS”, ejecutada por investigadores del Departamento de Ciencias Sociales (DCS) de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca (ENSP) de la Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), y estructurada en tres etapas articuladas – las dos primeras desarrolladas con el apoyo del Centro Brasileño de Estudios de Salud (CEBES).

2- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Realizada entre diciembre de 2003 y febrero de 2004, la primera etapa de la investigación produjo: a) un inédito catastro de los CMS e CES, conteniendo informaciones necesarias al establecimiento de contactos; y b) un instrumento de investigación (II) que se aplicaría en los Consejos inscritos en el catastro, que se ha elaborado a partir de demandas de la SEGEP/MS y perfeccionado en diálogo con otras Secretarías del MS, con el Consejo Nacional de Salud (CNS) y con investigadores de otras instituciones.

La segunda etapa, iniciada en noviembre de 2004, con el envío del II para 5.559 CMS y 27 CES inscritos en el catastro, visaba la recolección de datos y la construcción de índices e indicadores que viabilizasen la construcción de un Perfil de los Consejos de Salud de Brasil, capaz de ofrecer a la gestión subsidios para la formulación de acciones y programas de perfeccionamiento del trabajo desarrollado por los Consejos.

La tercera etapa, iniciada a finales de 2006, objetivaba: a) consolidar y monitorar los índices e indicadores construidos en la segunda etapa; b) elaborar indicadores relacionados a la participación de los usuarios y a la práctica del control social y c) construir una Estructura Virtual de Trabajo e Investigación (EVTI) que hiciese públicos los datos y análisis sobre el Perfil, con el fin de apoyar el funcionamiento y la actuación de los Consejos mediante la utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC).

Denominada ParticipaNetSUS (<http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>), esta EVTI hace público, entre otros, los instrumentos que se han utilizado en la investigación y ofrece la base de datos para consultas y cruce de los mismos. También ofrece análisis temáticos elaborados por el equipo de investigación, artículos científicos, textos y enlaces que permiten conocer y analizar la realidad de los Consejos de Salud.

La riqueza de dicho proceso de investigación inspiró la producción de reflexiones cuya intención es contribuir a la efectivación de la participación de la sociedad en el Sistema Único de Salud (SUS) y a la consolidación de los Consejos de Salud como órganos que le confieren efectividad y capacidad deliberativa a esta participación. En este sentido, los análisis y evaluaciones elaborados se insieren en el contexto del aprimoramiento de la democracia en Brasil y consideran los Consejos de Salud (como los demás Consejos Gestores de políticas públicas) como instancias participativas innovadoras cuya experiencia y prácticas debem incorporarse a la agenda de la Reforma Política nacional.

El curso de las reflexiones indica que la creación de CMS en 5.559 municipalidades y de CES en las 27 unidades federadas, generando un contingente de cerca de 72 mil consejales titulares (de los

cuales cerca de 36 mil representan los usuarios del SUS), produjo un escenario sociopolítico inédito en la historia del país y, probablemente, en la historia de las democracias contemporáneas. Este escenario, en particular con respecto al contexto de la municipalidad, es el que, hoy, señala las mejores perspectivas de efectiva conjugación de dos de los principios centrales del SUS, la participación y la descentralización. Además, es el que parece contener los mayores desafíos, en especial porque los datos de la investigación apuntan para el hecho de que los desafíos de los CES caminan por senderos distintos de los que tienen que enfrentarse los CMS.

Al proponerse contribuir a la comprensión y superación de tales desafíos y ubicar los Consejos en el proceso de construcción de una 'red de control social y gestión participativa' dotada de instrumentos legales y de mayor poder de articulación y vocalización junto al Poder Ejecutivo, se objetiva ofrecer evidencias que puedan dar apoyo y/o mejorar la democratización en los Consejos de Salud de Brasil, haciendo rankings, destacando y reflexionando sobre sus límites y posibilidades.

En este sentido, el desarrollo de esta investigación adquiere relevancia y hace más amplio el conocimiento de las Ciencias Sociales, porque busca articular cuestiones que son imprescindibles para la discursividad racional y argumentativa de dicha área de conocimiento, entre las cuales, democracia (participativa, deliberativa y representativa), participación (política y social), representación/legitimidad, políticas públicas, ciclo de políticas, y control social.

3- PROBLEMATIZACIÓN DEL TEMA

3.1- CONSEJOS DE SALUD: ASPECTOS GENERALES

Los 4.861 CMS que componen el universo de la presente investigación se encuentran en las municipalidades que abrigan un contingente de 156.097.434 personas, significando 92% de la población brasileña, según datos del Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2007).

Si se tiene en cuenta los 4.501 CMS que contestaron adecuadamente a la pregunta sobre el número de consejales que los componen, se ha identificado 60.828 consejales municipales titulares de salud. Por otra parte, los 27 CES cuentan con 720 consejales titulares. Se puede estimar que, considerando 5.559 CMS y 27 CES, existan en el país más de 72 mil consejales titulares.

El tamaño de los CES en Brasil (número total de consejales titulares) varía entre diez y 52 miembros, con predominio de Consejos (22) compuestos por 20 o más miembros titulares. Los CES de gran porte (constituidos por 40 participantes o más) son tres: Minas Gerais y Rio Grande do Sul, con 52 miembros titulares cada, y Goiás, con 40. El tamaño de los Consejos Estaduales no se

vincula, por lo tanto, al tamaño de la población: Goiás, por ejemplo, posee un CES mayor que los de Rio de Janeiro y de São Paulo.

Casi la mitad de los Consejos Estaduales (13) es mediana, o sea, tiene entre 21 y 39 consejales titulares (Acre, Rondônia, Alagoas, Bahia, Ceará, Pernambuco, Piauí, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina), mientras 11 son de pequeño porte, o sea, tienen entre 10 y 20 miembros (Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Tocantins, Maranhão, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe, Distrito Federal y Espírito Santo). Aunque no se verifica un patrón regional de los CES, se puede observar que en la región Norte hay más CES de pequeño porte, mientras que, en las regiones Sudeste y Sur, se puede encontrar el mayor número de CES de mediano y gran porte.

La estratificación de los CMS según el porte de la población de las municipalidades en las que están ubicados demuestra que 72,7% están en ciudades con hasta 20 mil habitantes, distribuidos de la siguiente forma: 1.210 (24,9%) en ciudades con población de hasta 5 mil habitantes; 1.123 (23,1%) en ciudades entre 5 y 10 mil habitantes; y 1.199 (24,7%) en ciudades cuya población varía entre 10 y 20 mil habitantes.

Para asegurar la participación y ejercer el control social de manera efectiva, eficaz y eficiente, los Consejos de Salud necesitan alcanzar, antener y expandir un nivel satisfactorio de democratización en un contexto en el que “una de las principales fuentes de las dificultades de gobierno reside justamente en lo híbrido institucional que asocia una morfología poliárquica, excesivamente legisladora y de regulación, a una tendencia hobbesiana social pré-participativa y estatofóbica”. (Santos, 1993).

Sin pretender agotar la discusión sobre este complejo concepto, la democratización de tales instancias colegiadas se comprende como correspondiente a la promoción y usufructo de condiciones que busquen generar, incentivar, ratificar y resguardar la participación de la población y la equidad en la representatividad ejercida por los consejeros, entidades y segmentos, además de buscar evitar el establecimiento y la perpetuación de jerarquizaciones, privilegios y encapsulaciones de poder en las presidencias, secretarías ejecutivas y en las mesas directoras de los Consejos de Salud.

3.2- PARTICIPACIÓN EN LOS CONSEJOS MUNICIPALES DE SALUD

El término ‘participación’ dice respecto a una categoría compleja y de múltiples significados. En el contexto de los CMS, hay por lo menos dos aspectos inter-relacionados bajo los cuales se debe analizar dicha categoría: la participación de los usuarios del SUS en los Consejos y la participación de los Consejos en las políticas de salud de su municipalidad.

La participación de los usuarios en los CMS se ha institucionalizado por la ley federal 8142/90 (Brasil, 1990), que la ha definido con relación al conjunto de representantes de los gestores, de los trabajadores de salud y de los prestadores de servicio. Como, por esta misma ley, los CMS son órganos del poder ejecutivo municipal que no se someten a jerarquías político-administrativas, y cuya actuación se vuelve hacia la participación en las políticas de salud de su municipalidad, disponen del potencial democrático de propiciar a los usuarios del SUS la participación en las políticas de salud de su municipalidad.

La comprensión de esta ‘doble participación’ y, por consiguiente, su plena efectivación, no es consensual y ha exigido de gestores, consejales, académicos y sociedad civil, análisis más detenidos que señalen la superación de desafíos que dicen respecto a la representatividad y la legitimidad de los consejales, especialmente los del segmento de los usuarios del SUS.

En primera instancia, esto se da porque, en el ámbito de los CMS, la definición de ‘usuario de SUS’ no está desprovista de controversias. Como, en Brasil, la salud es un derecho constitucional y el acceso al SUS, universal y gratuito, ‘usuarios del SUS’, a priori, son todos los ciudadanos brasileños. Sin embargo, como la participación en los CMS no se da de manera individual sino por medio de entidades/asociaciones, dichos ciudadanos tienen que organizarse para que puedan tener voz en el Consejo. En este punto, se opera, en los CMS, un clivaje en la sociedad civil, pues las entidades organizadas de trabajadores de salud y prestadores de servicio están excluidas del universo de los usuarios, componiendo, cada una, un segmento con vacantes específicas en los Consejos.

Hecho dicho clivaje, y en la ausencia de normatización unificadora, cada CMS puede definir las entidades de usuarios que en él podrán participar y con cuántos consejales cada una contará. Hay Consejos que definen las entidades que podrán participar; otros, que reparten la sociedad organizada por criterios adecuados al movimiento social local y establecen que las entidades que forman parte de dichas divisiones tendrán derecho a un determinado número de consejales. Al actuar de esa forma, hacen aún más complejo el escenario, porque introducen la necesidad de que se definan cómo se elegirán estos consejales: si por elección de las entidades (y entonces, surge la necesidad de definirse el representante de la entidad), por elección de candidatos, por indicación. Hay Consejos que proceden de todas las maneras descriptas anteriormente, y otros que crean normas aún más peculiares.

En la práctica, esta multiplicidad de posibilidades ha favorecido a las entidades mejor organizadas, que, por tener más capital social, recursos y cuadros funcionales, consiguen vocalizar mejor sus demandas. Por consiguiente, conforme algunos estudios ya han resaltado (Fuks et al, 2004; Labra, 2005), estas entidades tienden a tener más acceso a los CMS y ocupar un mayor

número de vacantes de consejales. Tal cuadro puede inducir la actuación de los Consejos, privilegiando el debate de las políticas que más interesan a dichas entidades, lo que generaría distorsiones en su capacidad de representar el conjunto de usuarios del SUS y, consecuentemente, en la legitimidad de sus acciones.

Por lo tanto, en su nivel más básico y operacional, la ‘doble participación’ de que se trata en este artículo empieza a construirse en la composición y en el funcionamiento mismo de los Consejos. Éste, generalmente, se concretiza por la realización de las reuniones ordinarias, momento plenario y discursivo en que las políticas de salud se debaten, ampliándose a medida que otras formas de actuación, como reuniones extraordinarias, comisiones y grupos de trabajo, se constituyen.

Si el funcionamiento de los CMS es punto de partida, las condiciones de dicho funcionamiento son fundamentales para la calificación de la ‘doble participación’. Por eso, reglas definidas, estructura física, equipos, apoyo técnico y administrativo, presupuesto propio y autónomo, entre otros, son elementos clave para el buen funcionamiento de los CMS. No son, sin embargo, los únicos. Hay la necesidad de incorporarse elementos que, por ejemplo, hagan referencia a la efectividad, eficiencia y eficacia de la participación.

Al buscar contribuir con el análisis de la ‘doble participación’, por medio de la presentación de datos inéditos sobre su desarrollo en el cotidiano de los Consejos de Salud, la investigación también tiene como objetivos: caracterizar la participación de los usuarios del SUS en los CMS de municipalidades brasileñas, identificando y analizando su conjunto de entidades representativas; levantar las posibilidades que los usuarios tienen de participar de la gestión del CMS; y presentar indicadores que ilustren como ha sido la participación de estos Consejos en las políticas de salud de su municipalidad.

3.3- PARTICIPACIÓN DE LOS CONSEJOS MUNICIPALES DE SALUD EN LA POLÍTICA DE SALUD DE SUS MUNICIPALIDADES

Aún en el alcance de esta investigación, el principal elemento a considerarse en el análisis de la participación de los CMS en la política de salud es el de la fase en que una determinada política de salud se introduce en el debate de los CMS, visto que hay diferencias substanciales entre la participación de la elaboración de una política y la simple aprobación de una política totalmente delineada por el poder público.

Para analizar esta diferencia, se utiliza la concepción de ‘ciclo de políticas’, una praxis que orienta su foco hacia la comprensión del proceso político de las políticas públicas, destacando su naturaleza polémica y compleja. El término ‘ciclo de políticas’ se entiende no más como atribución exclusiva del poder ejecutivo, sino como fruto de intensas disputas de intereses disputadas por los

actores (del poder público, de la sociedad y del mercado) que, directa o indirectamente, por las más diversas razones, tienen interés en el problema.

La propuesta principal consiste en trabajar las políticas públicas por medio de un ciclo y, más a menudo, de las etapas que componen este ciclo – ‘formación de la agenda política’, ‘formulación’, ‘implementación/implantación’, ‘ejecución’, ‘monitoramiento’, ‘evaluación’, ‘control’, ‘fiscalización’ (Ball, 1993; Barros & Melo, 2000; Mainardes, 2006).

Una participación adecuada de los CMS, por lo tanto, sería aquella en la pudiesen participar de las políticas ya en sus etapas de formación y formulación, lo que les daría mayor posibilidad de participar de las siguientes etapas, en especial del control y de la fiscalización. Escorel y Moreira (en prensa), al asociar la posibilidad de que la sociedad intervenga en las políticas públicas y el abordaje del ciclo de políticas, definen, apoyados por los análisis de Bordenave (1983) y Gohn (2003), esta posibilidad como ‘Participación Social’.

Así, la ‘participación social’ tendría como principal indicador el grado de intervención sobre el Plan Municipal de Salud (PMS), instrumento dinámico y flexible del proceso de planeamiento de las acciones y servicios de salud, que se refiere a un periodo de gobierno (por lo tanto, plurianual) y constituye un documento formal de la política de salud de la municipalidad. Contiene las directrices, prioridades, objetivos, estimativa de metas a alcanzar, estimativa de recursos y de gastos, estrategias de acción y compromisos de gobierno para el sector, con la participación de los segmentos sociales representados en el CMS.

El análisis de este indicador para el conjunto de CMS brasileños demuestra que cerca de 58% de estos CMS enfrentan problemas, una vez que, en 12% de las municipalidades no hay PMS y que, en 46% de los CMS, el CMS sólo aprobó un plan elaborado por el poder ejecutivo municipal. Por otra parte, la manera considerada más participativa, o sea, la definición, por el CMS en conjunto con el ejecutivo municipal de las directrices del PMS, ocurrió en sólo 30% de los Consejos nacionales.

El desempeño de tales indicadores cambia considerablemente cuando se enfoca los CMS de las municipalidades con más de cien mil habitantes, en las cuales sólo 6% no tienen PMS y 35% elaboraron directrices. Al contrario, o sea, sin muchos cambios significativos, 45% aprobaron el PMS elaborado por la Alcaldía.

Enfrentar tales desafíos pasa, sin duda, por la acción de los usuarios mismos del SUS, que necesitan buscar los mecanismos de articulación, presión y aun sanción, que les garantice autonomía y participación. Hay una serie de instituciones públicas con las cuales los CMS pueden articularse para obtener este fin: Ministerio Público (MP), Tribunales de Cuentas (TC), Controladoría General de la Unión (CGU) etc.

Las referidas instituciones pueden ser encaradas por los CMS como actores-clave fundamentales para el apoyo de su actuación, buscando construir una actuación conjunta y en red, principalmente porque muchos de ellos, aunque de forma desarticulada y puntual, ya poseen mecanismos que propician esta articulación, como puede verse en el portal ParticipaNet- SUS – Pesquisa, Gestão e Conselhos de Saúde en la Sección ‘Construa o Controle Social em Rede’. (ParticipaNetSUS, 2007).

La articulación también puede empezar por las entidades mismas que representan a los usuarios, pues la aparente diversidad encuentra muchos puntos de convergencia, en especial cuando se enfocan las entidades agrupadas en las tres principales ‘grandes categorías’ que cuentan con más de la mitad de las entidades y congregan sindicatos y asociaciones cuya actuación cotidiana es muy cercana. Además de eso, el hecho de que las grandes centrales sindicales participem de los CMS es una oportunidad concreta para establecerse un punto de articulación entre los sindicatos filiados a tales centrales, en búsqueda de directrices comunes de actuación.

Esta y otras articulaciones deben tener como piedra de toque la cuestión de la información: una de las funciones primordiales de los CMS es hacer la sociedad más y mejor informada sobre lo que ocurre en el ámbito de las políticas de salud: datos epidemiológicos, funcionamiento de los servicios de salud, andamio de las acciones públicas, divulgación de resultados de licitaciones, de los precios cobrados por sus vencedores... Una cantidad muy importante de informaciones que, si bien divulgadas (lo que se puede hacer con bajo coste), tienen el potencial de motivar a la población a que participe. Sin embargo, cabe también al poder público tratar de manera distinta los CMS, contribuyendo para una nueva configuración de la relación Estado/Sociedad. Cabe al poder ejecutivo ser más transparente, proporcionar las condiciones de funcionamiento de los CMS, garantizar que sean autónomos y comprender que las políticas, para que verdaderamente sean públicas, deben contar con la participación de la sociedad y, por lo tanto, de los CMS, en todas sus etapas, o sea, deben ser permeadas por la participación social.

4- CONSIDERACIONES FINALES

En este proceso, se pretende explicitar las categorías, las corrientes teóricas y las escuelas de pensamiento constituyentes de esta investigación. Por antinomia, será necesario indicar las propuestas de las que se aleja, discutiendo y señalando las motivaciones y discordancias. Se hace viable, así, la construcción de base cognitivista del modelo explicativo/analítico de la realidad que se va a estudiar que, en lo que dice respecto a la presente investigación, debe ser capaz de articular temas como democracia (principalmente participativa, deliberativa y representativa); participación política y social, representación /legitimidad, políticas públicas, ciclo de políticas, Consejos de Salud, y control social.

Consecuentemente, se pretende contemplar la teoría democrática contemporánea, o sea, la literatura que trata de la democracia participativa (Pateman, 1970; Mansbridge, 1983; Barber, 2004), de la democracia deliberativa (Habermas, 1988; Bohman, 1996; Gutmann, 2004), y de la democracia representativa y de las nuevas teorías de representación política (Manin, 1995; Urbinati, 2006).

Por lo tanto, hace falta, a partir de este contexto reflexivo, seguir levantando los límites, las posibilidades y los desafíos que los CMS deben enfrentar para que se consoliden como instancias públicas que promueven y profundizan la democracia participativa y representativa en Brasil, teniendo en cuenta: las condiciones adecuadas de funcionamiento de los CMS; la participación de los CMS en todas las etapas del ciclo de políticas de salud de su municipalidad y la efectividad y la eficacia del control social ejercido por los CMS.

Cabe resaltar que el levantamiento de dichos desafíos seguirá realizándose por medio de fuentes primarias y secundarias, sabiendo que la investigación en fuentes secundarias incluye documentos, libros, artículos, normativas y ‘Informes Finales’ de las Conferencias Nacionales de Salud realizadas tras la creación del SUS, mientras las fuentes primarias son los CMS mismos, cuyas informaciones se están levantando en el contexto de la investigación: “Monitoramiento y Apoyo a la Gestión Participativa del SUS”.

La etapa de recolección de datos de esta investigación sigue apoyada en dos pilares. El primero de ellos es una investigación de propuesta censitaria, en la que los 5.559 CMS del País recibieron un instrumento con 58 cuestiones (17 abiertas y 41 cerradas), que debería responderse por su presidente o consejal por él indicado.

Este instrumento objetiva recolectar datos sobre la organización de los CMS, su presidencia, su composición, capacitación de los consejales, asignación presupuestaria, características de las reuniones, cumplimiento de las deliberaciones, articulación con el MP, temas discutidos y polémicos, participación de la población, estructura física y equipos de informática y comunicación.

Hasta el segundo semestre de 2011, ya habían contestado a este instrumento 4.861 CMS, y la previsión es de que hasta el final del primer semestre de 2012, todos los CMS deben haber contestado al instrumento, con la obvia excepción de los que se nieguen a hacerlo.

En el contexto de la investigación nombrada, los datos levantados se están analizando para producir el ‘Perfil de los CMS de Brasil’ que, además de producir un inédito ‘estado del arte’, permitirá la construcción de otros índices e indicadores que hagan viable no sólo un análisis sino también ofrezcan evidencias y subsidios para que el poder público y los Consejos implementen acciones implementen acciones y políticas que apoyen el funcionamiento total de los Consejos.

El segundo pilar investigativo también se está desarrollando, y se constituye una muestra que tiene como variables estratificadoras el porte poblacional, la localización y el desempeño de los CMS en los índices creados a partir del análisis del Perfil.

Con este sentido, ya se viene realizando trabajo de campo en los CMS seleccionados, aplicando las técnicas de observación participante y entrevista semi-estructurada con el fin de levantar informaciones sobre la participación de los consejales en el cotidiano del CMS; las relaciones de representatividad entre los consejales y las entidades que representan, así como los consejales y la sociedad; y la efectivación del control social.

Sin perder de vista los factores político-institucionales y socioeconómicos, con sus respectivas naturalezas conyuntural y estructural, la propuesta es trabajar los desafíos levantados como variables y, para cada uno, identificar límites y posibilidades de los CMS para superarlos. Se pretende que este análisis se dirija hacia los aspectos macro, que dicen respecto a una perspectiva más teórica y generalista, y para aspectos micro, que se refieren a la aplicación de los aspectos-macro a la realidad de los CMS.

5- BIBLIOGRAFIA

Ball, S. J. (1993). What is policy? texts, trajectories and toolboxes. *Discourse*, London, v. 13, n. 2.

Barber, B. (2004). *Strong Democracy*. Participatory Politics for a New Age. Berkeley: University of California Press.

Barros, P. L. S. & Melo, M. A. B. (2000). *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. Campinas: NEPP/UNICAMP. Recuperado em 01 de Novembro, 2007, de <http://www.nepp.unicamp.br/Cadernos/Caderno48.pdf>

Bohman, J. (1996). *Public Deliberation. Pluralism, Complexity, and Democracy*. Cambridge: MIT Press.

Bordenave, J. E. D. (1983). *O que é participação?* São Paulo: Brasiliense. (Coleção primeiros passos, 95).

Brasil (1990). Lei 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/index.htm>

Brasil (2006). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*, Brasília, DF. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf

Escorel, S. & Moreira, M. R. (no prelo). Participação Social. In L. Giovanella et al. (Org.), *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Fuks, M., Perissinoto, R. & Souza, N. R. (Org.) (2004). *Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná*. Curitiba: UFPR.

Gohn, M. G. (2003). *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez. (Coleção Questões da Nossa Época, v. 84).

Gutmann, A. (2004). *Why Deliberative Democracy?* Princeton: Princeton University Press.

Habermas, J. (1988). *Between Facts and Norms*. Contributions for a Discourse Theory of Law and Democracy. Cambridge: MIT Press.

IBGE(2007). *Censo Demográfico 2000*. Rio de Janeiro, IBGE. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de <http://www.ibge.gov.br/censo>

Labra, M. E. (2005). Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In N. Lima, S. Gerschaman, F. Edler & J. Suárez (Org.), *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Mainardes, J. (2006). Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. *Educ. Soc*, Campinas, v. 27, n. 94. Recuperado em 01 de Novembro, 2008, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010173302006000100003&lng=pt&nrm=iso

Manin, B. (1995). *Principes du Gouvernement Représentatif*. Paris: Calmann-Levy.

Mansbridge, J. (1983). *Beyond Adversary Democracy*. Chicago: University of Chicago Press.

ParticipaNetSUS (2007). Estrutura Virtual de Trabalho e Pesquisa desenvolvida pela Equipe DCS/ENSP/FIOCRUZ no âmbito da Pesquisa Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS. Brasília, DF. Recuperado em 05 de Julho, 2007, de <http://www.ensp.fiocruz.br/participanetsus>

Pateman, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. Cambridge: Cambridge University Press.

Santos, W. G. (1993). *Razões da Desordem*. Rio de Janeiro: Rocco.

Urbinati, N. (2006). *Representative Democracy: Principles and Genealogy*. Chicago: Chicago University Press.