

La dimensión política de la Resiliencia del Sistema de Salud: el Movimiento brasileño de Reforma Sanitaria y el Sistema Único de Salud

Sonia Fleury <https://orcid.org/0000-0002-7678-7642>¹, Jamilli Silva Santos <https://orcid.org/0000-0001-8965-0904>², Ana Ester Maria Melo Moreira <https://orcid.org/0000-0002-8313-4375>³, Munyra Barreto <https://orcid.org/0009-0006-6408-9587>⁴

Resumen La producción científica sobre resiliencia en salud revela un gran debate en torno a su concepto, dimensiones y aplicaciones, así como críticas, como el distanciamiento de los estudios que abordan este tema de los dedicados a analizar el Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña (MRSB). El objetivo de este artículo es reunir los estudios que abordan la resiliencia de los sistemas de salud y los que se ocupan del análisis del MRSB, con vistas a incorporar el análisis político al estudio de la resiliencia en salud. Adopta una perspectiva cualitativa, revisando inicialmente la literatura sobre resiliencia, analizando sus dimensiones en los sistemas de salud y en el Sistema Único de Salud (SUS), y luego identificando las coyunturas críticas en el trabajo del MRSB, constituyendo un estudio de caso de la acción política de este movimiento como condición para la resiliencia del SUS. Los resultados apuntan a diferentes momentos en los que la presencia, organización y acción colectiva del MRSB fueron cruciales para aumentar las capacidades de resiliencia del SUS, ya que este actor se convirtió en un componente fundamental en la construcción y mantenimiento del SUS, desde su formulación hasta la resistencia a su desmantelamiento, hasta su capacidad de aprendizaje e innovación.

Palabras clave Resiliencia de los sistemas de salud, Sistema Único de Salud, Movimiento Brasileño de Reforma Sanitaria

¹ Fundação Oswaldo
Cruz. Av. Brasil 4365,
Manguinhos. 21040-900
Rio de Janeiro RJ Brasil.
prof.soniafleury@gmail.com.

² Universidade Federal da
Bahia. Salvador BA Brasil.

³ Universidade Federal do
Delta do Parnaíba. Parnaíba
PI Brasil.

⁴ Secretaria Estadual de
Saúde da Bahia. Salvador
BA Brasil.

Introducción

En los últimos diez años se observó un incremento de las investigaciones¹⁻⁶ que utilizan la resiliencia como concepto para analizar cómo los sistemas de salud responden a los impactos causados por diferentes crisis: políticas, sociales, sanitarias, económicas y humanitarias, desastres naturales y epidemias, dado que estas crisis causan daños a la salud de la población o al funcionamiento de los servicios de salud¹⁻⁶.

El concepto de resiliencia es un término polisémico, originado y aplicado en diferentes áreas del conocimiento, y su incorporación al sistema de salud se tradujo inicialmente como la capacidad de prepararse, gestionar y aprender de los impactos internos y externos^{2,3}. Estudios más recientes^{1,3-6} han tratado de identificar y cuantificar las dimensiones de la resiliencia de los sistemas de salud, además de promover comparaciones internacionales² y aplicar este concepto al Sistema Único de Salud (SUS)^{1,3-5}.

Considerando la complejidad de los sistemas de salud, otros estudios^{2,7} se proponen acercar el concepto de resiliencia a la dinámica de la trayectoria institucional para identificar procesos de cambio político², evitando tratar la resiliencia básicamente como resistencia y adaptación. Varios autores^{1,3-7} enfatizan la necesidad de abordar las especificidades de los sistemas de salud en contextos con altos niveles de subfinanciación y deficiencias en la gestión y los recursos, lo que los lleva a considerar la resiliencia como un componente permanente de sistemas de salud como el SUS⁷.

Jatobá y Carvalho⁷ consideran que la resiliencia debe ser entendida como una estrategia permanente para hacer frente a las crisis, mejorando las dimensiones preventivas, absorbente y adaptativa, con la formulación de índices compuestos que traduzcan el potencial de los sistemas para el comportamiento resiliente, considerando sus aspectos estructurales y funcionales. En línea con estas observaciones, Lobato⁴ señala la necesidad de considerar la resiliencia en el SUS, incorporando aspectos como el análisis de coyuntura, la intersectorialidad, la falta de financiación y la privatización.

La respuesta de los sistemas de salud³⁻⁵ a la pandemia de COVID-19 ha demostrado que los sistemas de salud resilientes son esenciales no sólo para la realización del derecho a la salud, sino también para el mantenimiento de las actividades sociales y económicas, lo que reafirma la importancia de analizar la resiliencia teniendo en cuenta las dimensiones macro y micro-

políticas del sector de la salud⁵. Massuda *et al.*⁶ señalan aún que los modelos teóricos de análisis de la resiliencia de los sistemas de salud no han puesto en debate los presupuestos políticos e ideológicos de la Reforma Sanitaria Brasileña (RSB) en lo que se refiere a la determinación social en salud, al proceso de trabajo en salud, a la importancia de la participación política de la sociedad civil como estrategia para avanzar en la lucha por el derecho a la salud, reduciendo su aplicación a un análisis técnico que puede ser considerado a nivel de gestión, desconsiderando la dimensión política.

A pesar de los llamamientos a la introducción de la dimensión política en los estudios sobre la resiliencia de los sistemas de salud, especialmente del SUS, existe una brecha entre los estudios que abordan esta temática y los que analizan el movimiento sanitario o el Movimiento de Reforma Sanitaria Brasileña (MRSB)⁸⁻¹⁰.

En este artículo, buscamos comprender la actuación del MRSB como componente fundamental para el fortalecimiento de la resiliencia del SUS, desde la formulación del RSB, pasando por la resistencia a su desmantelamiento, hasta el apoyo del MRSB a su capacidad de aprendizaje e innovación y respuestas a momentos críticos en la construcción y mantenimiento del SUS⁷.

El artículo está organizado en cuatro secciones. Además de esta introducción y de una nota metodológica, la tercera sección incluye los resultados de la revisión de la literatura, que buscan discutir y destacar los fundamentos para analizar la resiliencia a partir de las acciones de los actores sociales, con el objetivo de asociar este concepto al MRSB, dado que la literatura anteriormente abordada privilegia los aspectos institucionales. Para comprender mejor los resultados, se han presentado en tres subsecciones: la primera trata de la evolución, las aplicaciones y los límites del concepto de resiliencia; la segunda presenta la relación entre el MRSB y la resiliencia del SUS; y la tercera analiza la acción política del MRSB en el refuerzo de la resiliencia del SUS. Por último, en las conclusiones figuran algunas reflexiones finales.

Nota metodológica

Este estudio adopta un enfoque cualitativo basado en la revisión de la literatura sobre el MRSB⁸⁻¹⁰, que apunta a la ocurrencia de las manifestaciones de las entidades que lo representan, con el fin de identificar los momentos en que hubo

una articulación nacional con el propósito de influir en las políticas públicas, en defensa de los principios que orientan el SUS o de las condiciones fundamentales para su implementación. Identificamos una coyuntura crítica como aquella en la que el MRSB se pronunció públicamente en defensa del SUS a través de diferentes instrumentos, en diferentes arenas políticas, construyendo redes y coaliciones con otros actores políticos. Tradicionalmente, las principales entidades que han representado y expresado las posiciones del MRSB han sido el Centro Brasileño de Estudios de la Salud (Cebes) y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (Abrasco), y más recientemente, la articulación de estas entidades con una red más amplia de otros actores denominada Frente por la Vida (FpV).

Al tratarse de un estudio cualitativo basado en la literatura existente, limitada al caso del trabajo del MRSB, sin tener en cuenta a otros actores involucrados en la arena política de la salud, los resultados no pueden generalizarse, aunque indican la posibilidad de incluir la dimensión política.

Resultados y discusión

Evolución, aplicaciones y límites del concepto de Resiliencia

Existen diferentes aproximaciones a la resiliencia, demostrando su polisemia y plasticidad^{11,12}, que abarcan desde su identificación con la noción de resistencia hasta la de sostenibilidad y evolución. El concepto de resiliencia ha sido ampliamente incorporado en el campo de la salud, dados los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en el siglo XXI, como los intensos flujos migratorios y las epidemias de Ébola y Zika, los desastres naturales y la pandemia de COVID-19, que han generado la necesidad de estudios orientados a mensurar la resiliencia de los sistemas y servicios de salud^{13,14}.

Desde 2014, los organismos internacionales se han sumado a este debate, centrando sus propuestas en la definición de las dimensiones de la resiliencia de los sistemas de salud, con el fin de establecer comparaciones y recomendaciones¹³⁻¹⁸.

Estudios más recientes producidos a partir de la pandemia de COVID-19 señalan la necesidad de que el análisis de la resiliencia incluya las características del contexto del sistema de salud, además de las relaciones de poder y las redes de los actores¹⁹; así como las “interdependencias

entre los subsistemas complejos y adaptables que conforman el sistema de salud (compuesto por actores comunitarios hasta organizaciones de salud pública locales, regionales o nacionales y atención secundaria”¹¹ (p.16). Paschoalotto *et al.*¹⁴ también apuntaron la necesidad de ampliar los estudios sobre la resiliencia de los sistemas de salud en el contexto de países de renta media como Brasil, con sistemas muy fragmentados en los sectores público y privado. Massuda *et al.*⁶ destacaron la necesidad de adaptar los modelos de análisis de la resiliencia de los sistemas de salud al complejo contexto del sistema de salud brasileño. Además de eso, los estudios que analizan la resiliencia pueden proveer importantes conocimientos sobre la capacidad del SUS para actuar frente a emergencias de salud pública, lo que también puede servir para perfeccionar el sistema de salud brasileño.

Meyer *et al.*¹⁸ propusieron la creación de una lista para medir las capacidades, competencias y procesos específicos que los sistemas sanitarios necesitan para garantizar la resiliencia frente a enfermedades infecciosas, brotes y amenazas naturales. Witter *et al.*¹⁷ llaman la atención sobre la posibilidad de utilizar erróneamente la resiliencia como una transferencia de responsabilidad a otros actores con menor capacidad de afrontamiento, ignorando las diferentes dinámicas de poder y los precedentes histórico-culturales que sustentan el modus operandi de los sistemas de salud Lobato⁴ corrobora este argumento, destacando el rol de los estados en el diseño, la implementación y el mantenimiento de sistemas resilientes de políticas sociales y de salud, en una dirección contraria a la perspectiva neoliberal hegemónica de reducir el Estado, restringir la financiación pública y privatizar la atención de salud. Como bien resumen Witter *et al.*¹⁷, por lo tanto, el concepto de resiliencia debe comprender cómo el poder da forma a todos los sistemas de salud, buscando respuestas a cómo, por qué, cuándo y para quién se desarrollan y apoyan las capacidades de resiliencia.

En Brasil, el estudio de la resiliencia en salud aún está en sus inicios⁴, de forma que la resiliencia en el ámbito del SUS ha sido poco analizada¹⁹, aunque cabe destacar algunos estudios. Massuda *et al.*⁶ analizaron la resiliencia del SUS frente al COVID-19, utilizando como base las categorías analíticas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos autores señalaron las políticas de austeridad como elementos que debilitaron la respuesta del sistema a la pandemia, además de los problemas crónicos del SUS y el marco coyuntural

marcado por el desastroso desempeño del gobierno y del Ministerio de Salud. Bigoni *et al.*²⁰ examinaron la funcionalidad y la resiliencia del SUS basándose en el impacto de la pandemia en la prestación de servicios de salud ajenos a la COVID-19. En este estudio, la continua falta de financiación asociada a la ruptura de la gestión colaborativa del SUS fueron identificadas como las causas de la desestructuración de la funcionalidad del sistema y del debilitamiento de su resiliencia para hacer frente a nuevas pandemias.

Paschoalotto *et al.*¹ exploraron elementos para una agenda de investigación de la resiliencia para el SUS y propusieron un modelo de análisis de la resiliencia adaptado a las características del sistema de salud brasileño. A su vez, Lobato⁴ advirtió la importancia de comprender los conceptos teóricos que orientan el enfoque de análisis de la resiliencia de los sistemas para avanzar en las dimensiones mencionadas, incorporando otros indicadores además de los ya analizados hegemónicamente por los organismos internacionales. La autora también señala que el análisis de los sistemas de salud resilientes debe tener en cuenta la importancia del papel del Estado, la concepción de la política de salud y la financiación del ámbito de la salud, ya que la propuesta de sistemas de salud resilientes en América Latina y Brasil tiene que moverse en la dirección opuesta a la perspectiva neoliberal, con restricciones en la financiación pública y la privatización de la atención de salud⁴.

En un estudio más reciente, que actualizó el conocimiento sobre el concepto, las fases, el marco analítico y los mecanismos de aplicación de la resiliencia del sistema de salud tras el impacto inicial de la pandemia de COVID-19, basándose en una revisión exhaustiva de la literatura combinada con entrevistas a expertos, Paschoalotto *et al.*¹⁴ propusieron un nuevo marco para analizar las dimensiones de la resiliencia del sistema de salud, que presenta un enfoque basado en sistemas en el que la tecnología y los sistemas de información conectan a los responsables de la toma de decisiones con todas las dimensiones de la resiliencia del sistema de salud (gobernanza, liderazgo y regulación; financiación; recursos humanos; recursos físicos; medicamentos; prestación de servicios). En este modelo, la regulación se enfatiza más en la gobernanza, y el liderazgo y la comunicación/participación social aparecen en el cuarto nivel, conectando todas las demás dimensiones con el contexto.

Por ello, se ha producido una evolución en el concepto de resiliencia de los sistemas de sa-

lud propuesto inicialmente, hacia el análisis de la capacidad del sistema para absorber los impactos y mantener sus funciones e identidad, de modo que el proceso de análisis de la resiliencia abarca la gestión, la planificación, la evaluación y el aprendizaje, incluyendo el análisis del rol de los actores, la población y las instituciones que operan en los sistemas de salud. De este modo, se trata de comprender a los agentes internos y externos del sistema, considerando la gestión de crisis como un conjunto de acciones que implican la absorción de choques, adaptación y transformación de los sistemas de salud y de la salud de la población, contextualizando la realidad en la que están inmersos y los diferentes tipos de impactos, como epidemias, pandemias o catástrofes naturales, entre otros¹⁴.

Jatobá y Carvalho³ también destacan que el concepto de resiliencia en salud aplicado al ámbito de la salud colectiva aporta una perspectiva teórica más amplia para comprender los aspectos políticos, sociales y culturales que fortalecen las relaciones institucionales de los sistemas de salud pública. La resiliencia, por tanto, es un campo de estudio y de intervenciones que se entiende en términos sistémicos y plásticos. Además, los sistemas de salud pueden analizarse en términos objetivos y subjetivos, teniendo en cuenta las dinámicas políticas, sociales, históricas, culturales y psicosociales¹⁷.

Así, el concepto de resiliencia en el sistema de salud tiene un reto importante: la construcción de estrategias ampliadas de organización de los sistemas y servicios de salud que dialoguen con las ciencias sociales, las ciencias de la salud, el desarrollo de la tecnología y la innovación, atravesando la producción del campo científico y las prácticas sociales de los movimientos y actores que trabajan en el ámbito de la salud¹⁷.

A la luz de los aspectos revelados por la breve revisión de la literatura antes mencionada, puede concluirse que el debate en torno a la capacidad de resiliencia de los sistemas de salud está creciendo rápidamente, estimulado por las nuevas cuestiones planteadas por la pandemia de COVID-19 y el desarrollo de nuevos estudios en todo el mundo. Aún nos queda un largo camino por recorrer, considerando la escasez de investigaciones sobre el tema en los países de ingresos bajos y medios, como los situados en América Latina, cuyas especificidades deben analizarse de acuerdo con su impacto en la resiliencia en salud. Este contexto incluye el análisis de la resiliencia del SUS, cuyas especificidades desafían la propuesta de modelos teóricos como los presentados anteriormente.

Al tratar de analizar la relación entre el MRSB y la resiliencia del SUS, la primera observación es que muchos autores, al proponer un mayor abanico de dimensiones a tener en cuenta al analizar la resiliencia de los sistemas de salud, acaban reforzando la importancia de estudiar esta relación destacando la relevancia de analizar la actuación de los principales actores políticos, la ideología y el conjunto de valores que estructuran las directrices y la operacionalización del sistema de salud, así como los intereses económicos implicados en la dinámica de estructuración de los servicios de salud.

Cabe notar, sin embargo, que estas importantes recomendaciones no han dado lugar a un conjunto coherente de estudios que analicen estas dimensiones de la resiliencia aplicadas al SUS, centrándose especialmente en la cuestión del poder como variable determinante de la resiliencia de los sistemas de salud. En este sentido, la resiliencia se deriva tanto de las capacidades institucionales, que materializan una correlación de fuerzas específica²¹, como de las prácticas y los dispositivos utilizados por los agentes en la producción de la red de relaciones de poder²².

El MRSB y la resiliencia del SUS

La falta de estudios sobre la resiliencia aplicada a movimientos sociales como el MRSB encuentre una posible respuesta en el estudio de Olsson *et al.*²³, en el que los autores se preguntan por qué el concepto de resiliencia no se utiliza ampliamente en las ciencias sociales, como ocurre en otros campos disciplinarios. Su explicación es que este concepto se refiere a una noción de equilibrio y estabilidad en los sistemas, capaces de absorber, persistir y mantener sus parámetros ante una tensión o un impacto externo. Este concepto de sistemas cerrados que se autorregulan para mantener la estabilidad de las funciones de sus componentes internos recuerda a la sociología de Parsons, superada en las ciencias sociales por el contenido ideológico que ve las desviaciones como disfunciones que hay que corregir para restablecer la estabilidad y la normalidad. La teoría de los sistemas adaptativos complejos de Luhman supone que los sistemas se renuevan y reorganizan a sí mismos mediante aspectos de memoria, creatividad e innovación, como explica Vidal²⁴. Así, la superación de la brecha entre el enfoque de la resiliencia y los estudios de sistemas complejos debe basarse en el concepto de sistema abierto, cuya recuperación de un impacto o tensión im-

plica múltiples interacciones entre sus componentes, a través de diferentes escalas y subsistemas relevantes.

Olsson *et al.*²³ señalan que, más recientemente, se ha pensado que el concepto de resiliencia incluye una dimensión de ambigüedad, que abarca tanto el cambio como la resistencia al cambio, discutiendo el fuerte contenido normativo, que ve la resiliencia como algo positivo, especialmente como una capacidad de resistencia al cambio.

En el análisis del neoinstitucionalismo sobre los intentos de revertir el Estado del Bienestar se ha aplicado a menudo un enfoque político de la capacidad de recuperación, considerando los conceptos de dependencia del camino (*path dependence*) y coyuntura crítica²⁵. Mientras que la dependencia de la trayectoria (*path dependence*) apunta a los factores que garantizan la estabilidad institucional, la coyuntura crítica implica ampliar las posibilidades de cambio y aumentar la autonomía de los actores. Las coyunturas críticas son el resultado de crisis políticas y económicas que modifican la correlación de fuerzas, permitiendo la emergencia de nuevos actores o incluso aumentando la autonomía de los actores establecidos, permitiéndoles formular nuevas alternativas políticas e institucionales ante la relajación de las restricciones impuestas por la trayectoria institucional.

Sjöstedt² afirma que la trayectoria institucional no describe un sistema estable, sino un proceso en el que cada paso dado en una dirección determinada aumenta el coste de los retrocesos. El autor concluye manifestando que la teoría neoinstitucional tiene mucho que aportar a la ampliación del concepto de resiliencia, siempre que se considere seriamente la dinámica del cambio institucional, alejándose del supuesto estático y lineal, para entender los acuerdos institucionales como mecanismos que se refuerzan a sí mismos y que definen las restricciones institucionales y sociales. De este modo, debe prestarse atención tanto a los impactos externos integrados en el concepto de resiliencia y a las coyunturas críticas, como a los mecanismos endógenos que también son fuentes de cambio.

Para comprender la acción política del MRSB, dada la resistencia del SUS, es necesario que tengamos en cuenta que, a diferencia de otras reformas que condujeron a la creación de sistemas nacionales de salud, que surgieron de proyectos gestionados por burocracias nacionales e internacionales, el SUS fue construido por fuerzas sociales que lucharon por la democracia, impulsando diversos procesos de cambio

en las esferas jurídica, política, institucional, organizativa y operativa del sistema de salud. Así, el MRSB fue uno de los principales actores sociales del proceso de movilización que tuvo como resultado el reconocimiento de la salud como un derecho de la ciudadanía y un deber del Estado en la Constitución Federal de 1988 y la creación del SUS, que se institucionalizó con la aprobación de las Leyes n° 8.080/1990 y n° 8.142/1990.

Las propuestas del MRSB que guiaron la creación del SUS se basan en una concepción ampliada de la salud, entendida más allá de la “ausencia de enfermedad” como “bienestar físico, mental y social”, resultado de unas condiciones de vida sanas, es decir, un acceso adecuado a: alimentación, vivienda, educación, transporte, ocio, seguridad y servicios de salud, así como trabajo, empleo e ingresos compatibles con la satisfacción de estas necesidades. Considerando que tales condiciones no pueden lograrse únicamente mediante esfuerzos individuales, el MRSB sostiene que la salud es un derecho inalienable de todos y cada uno de los ciudadanos, que debe ser garantizado por el Estado mediante políticas económicas y sociales que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los individuos y los grupos, incluida una política sanitaria que garantice el acceso universal y equitativo a las acciones y servicios de prevención de enfermedades, promoción de la salud y recuperación.

Los principios fundamentales del SUS, los que expresan la naturaleza del sistema, son la universalidad, la igualdad y la atención sanitaria integral. La organización del SUS se basó en la participación y la descentralización, lo que condujo a la creación de una arquitectura institucional con diferentes instancias de negociación y acuerdos interfederativos (Comisiones Bi y Tripartitas) y de participación y formación de la voluntad política (Consejos y Conferencias de Salud)^{26,27}.

En este sentido, entendemos que la construcción del SUS buscó cambiar la correlación de fuerzas introduciendo actores políticos representativos de los niveles subnacionales y de la sociedad civil en sus procesos de toma de decisiones y de control social, con el objetivo de aumentar las condiciones para la sostenibilidad de su propuesta, así como la resistencia y la innovación frente a situaciones críticas.

La coyuntura crítica en la que se creó y desarrolló permanentemente el SUS se enfrentó a dos conjuntos de cuestiones que actuaron como amenazas para el proyecto y su implementación, a saber 1) la propuesta de un sistema universal

en el que el derecho a la salud debía ser garantizado por el Estado a todos los ciudadanos y residentes, materializando el principio constitucional de igualdad, se enfrentaría a la realidad de uno de los países más desiguales del mundo; y 2) la implementación del sistema universal en un coyuntura económica dominada por las políticas de austeridad, con restricciones en el gasto público, implicaría que el problema de la subfinanciación amenazaría permanentemente la institucionalización y el aumento de las capacidades estatales en el sector de la salud.

A pesar de la alternancia de periodos de mayor o menor movilización social, el MRSB siempre ha presentado propuestas concretas sobre los diversos problemas identificados en los componentes del SUS, tratando de influir en la política de salud pública²⁸. Entre otras cuestiones, el MRSB se ha posicionado frecuentemente en defensa de los siguientes puntos: el aumento del gasto público en salud, con garantía de más recursos y un flujo estable de financiación; la mejora e institucionalización de la gestión, con responsabilidad compartida entre los tres niveles de gestión y la ejecución de una planificación participativa ascendente, que haga política y técnicamente viables los sistemas regionales integrales de salud; ampliación de la infraestructura física, de personal y material, con instalaciones adecuadas, carrera profesional estatal para los profesionales de la salud y consolidación del Complejo Económico-Industrial de la Salud; organización de redes regionalizadas de atención integral y prestación de servicios bajo la coordinación de una atención primaria universal y de calidad; fortalecimiento de la participación social directa de las organizaciones y movimientos de la sociedad civil; y recuperación de la conciencia de los derechos sociales de los ciudadanos²⁸⁻³⁶.

La acción política del MRSB para fortalecer la resiliencia del SUS

La promulgación de la Constitución Federal se caracteriza por ser una coyuntura crítica representada por la transición democrática, en la que la correlación de fuerzas se decanta a favor de los grupos de la oposición y de los movimientos democráticos en su conjunto. Sin embargo, la constitucionalización del SUS fue el resultado de un proceso de organización del MRSB, que logró definir un proyecto común y organizar colectivamente su defensa durante la Asamblea Nacional Constituyente. El hecho de haber constitucionalizado el propio sistema au-

mentó la capacidad de resistirse a su reemplazo por programas focalizados, como propugnaron las agencias internacionales en los años 1990, dados los altos costos políticos de un cambio constitucional.

Aún así, el hecho de que el sector de salud tenga dos leyes orgánicas, las Leyes nº 8.080/1990 y nº 8.142/1990, demuestra el veto del presidente Collor a los artículos que contemplaban la participación y la descentralización, que sólo fueron restablecidos tras su salida del poder. El MRSB levantó la bandera “La osadía de cumplir la ley” en defensa del sistema descentralizado y participativo que se había institucionalizado.

La propia institucionalización del SUS, a través del proceso de descentralización, modificó la composición del MRSB, cuya base ya no eran predominantemente intelectuales y profesionales vinculados al mundo académico, sino que se ancló en el creciente protagonismo político de los gestores en la defensa del SUS, con su representación política por parte del Consejo Nacional de Secretarías Municipales de Salud (Conasems) para los gestores municipales y del Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass) para los gestores estatales, especialmente en los periodos de mayor reflujo de los movimientos sociales^{8,9}. También se produjo un intenso proceso de migración del personal académico hacia el desempeño de funciones de gestión nacional, estatal y municipal, y de ahí al mundo académico.

Desde su creación, el MRSB optó por una estrategia combinada de ocupación de espacios en el aparato estatal y de fortalecimiento de las organizaciones representativas de la sociedad civil^{8,9}. Por un lado, esta estrategia imponía limitaciones a quienes ocupaban cargos gubernamentales, pero por otro, aumentaba las capacidades y los recursos que podrían fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil. Mantener esta forma dual de acción política es una de las principales características del MRSB. Limitaciones institucionales por un lado y organización de la sociedad civil por otro, lo que no garantiza la autonomía, pero implica una mayor complejidad y posibilidades de crear alternativas.

A continuación, subrayaremos la contribución del MRSB a la resiliencia del SUS en cada una de estas coyunturas, sistematizadas en cinco grandes periodos¹⁰ a saber: 1) Implantación e implementación del SUS bajo la hegemonía neoliberal (gobiernos Collor, Itamar y Fernando Henrique Cardoso - FHC I y II, 1989-2002); 2) Continuidad de las políticas de ajuste macroeconómico y fortalecimiento del proyecto ra-

cionalizador (gobiernos Lula I y II, 2003-2010); 3) Gobierno Dilma, crisis política y destitución de la presidenta (2011-2016); 4) La contrarreforma sanitaria y el desmantelamiento de las políticas sociales y de salud iniciadas por el gobierno Temer y profundizadas con la elección de Bolsonaro (2016-2019); y, por último, 5) La pandemia del COVID-19 y la reconstrucción de Brasil (2020-2023).

El período comprendido entre 1989 y 2002 corresponde a los gobiernos de Collor, Itamar y FHC, formados por actores vinculados a fuerzas y partidos políticos opuestos al proyecto del SUS. Irónicamente, la implantación e implementación del SUS fue liderada por grupos políticos opuestos a él⁸. Ya comentamos las acciones políticas por la integridad de la Ley Orgánica de Salud, pero vale la pena resaltar que este movimiento también fue lo suficientemente fuerte como para impedir que el proyecto de focalización difundido por las agencias internacionales durante el gobierno de FHC terminara colocando a la APS como sustituto del sistema universal de salud. Por el contrario, la APS terminó siendo un componente importante de la focalización, pero dentro del SUS (Cuadro 1).

El segundo período comenzó con la llegada de Lula al ejecutivo federal en 2003, lo que dividió las impresiones dentro de los segmentos del movimiento sanitario. A pesar de algunos avances en la política de salud, como la expansión de la atención primaria por medio del Programa de Salud de la Familia y de la Estrategia de Salud de la Familia, la implantación de la atención prehospitalaria, la intervención en áreas críticas de atención (salud mental, salud bucal, atención farmacéutica) y la participación social²⁶, la continuidad de las políticas de ajuste macroeconómico siguió la misma línea de los gobiernos de FHC³⁰, limitando las políticas de salud inspiradas en el proyecto RSB (Cuadro 1).

Entre 2005 y 2008, el movimiento de salud, articulado como Foro Brasileño de Reforma Sanitaria (FRSB), adoptó una postura crítica frente al gobierno, asumiendo un protagonismo autónomo y orgánico dentro de la sociedad civil, sin renunciar a la necesaria articulación con otras instancias del poder del Estado⁷. En muchos casos, esta autonomía también fue alentada por miembros del MRSB que, ocupando cargos en el gobierno, veían el trabajo de la sociedad como un medio para fortalecer sus propias posiciones. En diciembre de 2010, este foro presentó la “Agenda Estratégica para la Salud en Brasil”³², que proponía directrices para la política de salud en el período 2011-2014, y que fue entregada

Cuadro 1. Ejemplos de acción política de la MRSB durante el periodo 1989-2023^{8,9,26,27,32,33,35}.

1. Período 1989-2002 ► Participación de líderes y sujetos que constituyeron la base del movimiento en los procesos político-institucionales de reforma del sistema público de salud (gestión de programas, proyectos y servicios considerados coherentes con los principios y directrices generales de la RSB, así como instancias de control social del SUS); ► Producción de documentos: ● Ponencia presentada en el IV Congreso Brasileño de Salud Colectiva, con un análisis de la cuestión social y las políticas públicas, la Reforma Sanitaria y el SUS, la falta de financiación de la salud, criticando el pago por producción, la no descentralización y el "sistema paralelo de salud"; - Presentación de 10 propuestas, entre ellas la defensa de los medicamentos genéricos y la adopción de una Política Nacional de Recursos Humanos; ● Para la 10ª Conferencia Nacional de Salud (CNS) con posiciones y propuestas para el avance del proyecto de Reforma de la Salud y la implementación del SUS, así como críticas al ajuste macroeconómico y la minimalización del Estado; ● Para la 11ª CNS, indicaba la necesidad de renovar y actualizar los compromisos con la Reforma Sanitaria en busca de la universalización y la equidad; ● Para las elecciones presidenciales de 2002, el documento actualizó las propuestas del documento anterior y buscó identificar dificultades en la operacionalización de las directrices del SUS, retomando los principios de la Reforma Sanitaria.
2. Período 2003-2010 ► Ocupación de espacios en instituciones gubernamentales por fuerzas políticas y sociales alineadas con el movimiento sanitario; ► Elaboración de documentos: ● Documento de veinte ítems que reiteraba el lanzado en 2002 y defendía una "implementación radical de la Reforma Sanitaria dirigida a una mejora real y sustantiva de las condiciones de salud de la población brasileña". ● Carta de Brasilia producida en el 8º Simposio sobre Política Nacional de Salud: - Crítica a los bajos niveles de salud y a las desigualdades sociales y regionales, al creciente compromiso del presupuesto público con el pago de intereses, a la desfinanciación del SUS, a la concentración de la riqueza y al "SUS pobre para los pobres"; - En defensa de una política de "desarrollo socioeconómico", la regulación de la CE-29 y la revisión de las subvenciones y exenciones fiscales a la salud complementaria; ● Contribución a los debates de las elecciones de 2006: búsqueda de compromisos de los candidatos a presidente, gobernadores, senadores y diputados en relación con las tesis y propuestas de la RSB y del SUS; ► Plenarias y debates sobre el rumbo de la Reforma Sanitaria.
3. Período 2011-2016 ► Audiencias públicas para debatir la financiación de la salud; ► Publicación de un manifiesto en defensa del derecho universal a la salud; ► Interpelación del legislativo a favor del Proyecto de Ley Complementaria 123/2013 y la aprobación inmediata del 10% de los ingresos corrientes brutos de la Unión para el SUS; ► Posición sobre la política de desgravaciones fiscales implementada por el gobierno federal (desvinculación de los ingresos estatales y federales) y su impacto en la seguridad social, la salud y la asistencia social.

continúa

a la entonces presidenta electa, Dilma Rousseff. En este documento, se definieron áreas prioritarias de intervención, con estrategias de acción indicadas al Ejecutivo, para orientar los programas, objetivos y metas de la política de salud, al tiempo que se señalaron las dificultades para el funcionamiento y la organización del SUS. También es importante señalar que el segundo gobierno de Lula (2007-2010) fue el período en que se produjo la crisis mundial de 2008 y sus

consecuencias, como el énfasis en las políticas neoliberales y el fortalecimiento de la financiación de la economía, aumentaron las críticas y las acciones contra las políticas universales y el Estado de Bienestar³¹ (Cuadro 1).

El tercer período, entre 2011 y 2016, corresponde a la intensificación de las acciones del MRSB en diferentes arenas en defensa del SUS y del derecho constitucional a la salud, frente a la intensificación de la correlación de fuerzas polí-

Cuadro 1. Ejemplos de acción política de la MRSB durante el periodo 1989-2023^{8,9,26,27,32,33,35}.

4. Período de 2016 a 2019 ► Crítica a la posición del entonces Ministro de Salud contra el SUS, señalando que “Ricardo Barros es una amenaza para el derecho a la salud y para el SUS” y defendiendo, una vez más, “otro Presidente de la República, por elecciones directas, y por otra política para Brasil”; ► Posiciones en contra: • reformulación de la Política Nacional de Atención Primaria; • reforma laboral; • reforma de las Normas Reguladoras de la Seguridad en el Trabajo; ► Posicionamientos en defensa: Posiciones en defensa: • de la Reforma Psiquiátrica y de una política de Salud Mental digna y contemporánea; • de la Democracia y de la Salud, del SUS y por la suspensión del Decreto nº 9.759/2019, que extinguió numerosos órganos colegiados en la administración pública federal; • del fortalecimiento de la Política Nacional de Control del Tabaco y contra la reducción de los impuestos a los productos de tabaco; • la Atención Primaria y el derecho universal a la salud; • la revocación de la Ordenanza 2.979/2019 del Ministerio de Salud, que instituyó Previne Brasil y alteró la financiación de la APS en el país; ► Activación del poder judicial mediante el apoyo a las Acciones Directas de Inconstitucionalidad presentadas contra la Enmienda Constitucional 95/2016, en defensa de la despenalización del aborto hasta la 12ª semana y contra la exención fiscal de los plaguicidas.
5. Período 2020-2023 ► Posiciones en defensa de la vacunación universal, de la implementación de medidas sanitarias adecuadas para contener la pandemia y de la renta básica para las poblaciones socialmente más vulnerables; ► Organización de la Conferencia Nacional de Salud Libre, Democrática y Popular (CNLPDS), cuyo objetivo era contribuir a la construcción de una Agenda de directrices para la Política de Salud de Brasil; ► Expresión de apoyo a la candidatura Lula-Alckmin, asociada a la defensa de la democracia y al mantenimiento de las políticas de protección social y bienestar y, tras su victoria, participación en el Gabinete de Transición Presidencial.

Fuente: Autores.

ticas que agravaron los ataques al sistema, como se describirá a continuación. El movimiento se posicionó a través de diversos documentos en los que criticaba la insuficiencia de la respuesta del gobierno federal a la ola de manifestaciones de las “Jornadas de Junio de 2013”, y cuestionaba la asignación de recursos públicos para pagar las de la deuda pública y las políticas compensatorias no estructurales, así como la regresividad del sistema fiscal, que sobrecargaba sobre los más pobres en detrimento de los descuentos proporcionados por las exenciones fiscales para la salud, la educación y los incentivos al consumo de automóviles y electrodomésticos³². Garantizar una financiación adecuada y estable para la salud también estaba en la agenda del movimiento sanitario, incluyendo diversas acciones (Cuadro 1). Consciente del debate en las campañas electorales presidenciales y parlamentarias de 2014, el MRSB analizó críticamente la propuesta de Cobertura Sanitaria Universal de la OMS y la disputa del mercado privado con

el SUS en el “Manifiesto del Centro Brasileño de Estudios de la Salud en defensa del derecho universal a la salud – La salud es un derecho, no un negocio”³³. Este documento presentaba datos que ilustraban las diversas formas en que los componentes del sector privado en Brasil se beneficiaban del SUS, además de analizar la desfinanciación crónica del SUS y sus principales determinantes, lo que culminó en la sistematización de una “agenda de luchas en defensa del derecho universal y contra la transformación de la salud de la población en un mero negocio lucrativo para el sector privado”³³ (p.24).

Entre los sucesivos golpes al SUS, las entidades de FRBSB también denunciaron la “reiteración y constitucionalización de su desfinanciación con la EC 86 de 2015” y la Ley 13.019/2014, que abrió la atención a la salud al capital extranjero. Tales medidas mostraban, como subraya el MRSB, “que estaba en curso una subversión del proyecto constitucional de salud”³² (p.1). El movimiento sanitario³² también “repudió con vehe-

mencia el golpe parlamentario que ascendió el vicepresidente Michel Temer hacia la presidencia³² (Cuadro 1).

El período de 2016 a 2019, que incluye el gobierno de Temer y el primer año de Bolsonaro en el poder, se caracterizó por una situación marcada por la profundización de las medidas de austeridad fiscal, las contrarreformas y una crisis política. En este contexto, el movimiento de la salud se ha pronunciado sobre diversas cuestiones. Frente a la profundización de los retrocesos en materia de derechos sociales, como lo demuestran las acciones mencionadas, las organizaciones del MRSB se mantuvieron activas reaccionando a diversos hechos de la coyuntura en 2019 (Cuadro 1).

Las actividades de la MRSB durante el período 2020-2023 incluyeron diversas acciones realizadas tanto en solitario, por las organizaciones integrantes de la MRSB, como en conjunto con otros sujetos colectivos, reunidos en el FpV, una articulación de los más diversos sujetos políticos individuales y colectivos de la salud y del espacio social más amplio, liderada por entidades colectivas de salud en respuesta al negacionismo y omisión del gobierno federal en el enfrentamiento a la pandemia^{28,29,34,35} (Cuadro 1).

En 2020, el FpV priorizó su contribución técnico-científica y política en la propuesta de caminos a seguir para los principales desafíos en el ámbito de las políticas de salud en Brasil, en el contexto de la pandemia de COVID-19. Entre los documentos producidos en ese período³⁴ se destaca el Plan de Enfrentamiento al COVID-19²⁹, reconocido como el más completo documento publicado recientemente por las entidades del MRSB, motivado por la incapacidad del gobierno federal para enfrentar la pandemia²⁸. Este plan presenta un amplio abanico de propuestas para el país y el sistema de salud a lo largo de más de cien páginas, en las que podemos reconocer análisis y propuestas relacionadas con todas las dimensiones de la resiliencia señaladas anteriormente por Paschoalotto et

al.¹⁴ y, en una perspectiva más amplia, con la construcción de un futuro con sostenibilidad y justicia social.

A lo largo de 2021, el FpV intensificó sus denuncias de las omisiones y acciones negacionistas y anticientíficas del ejecutivo federal, así como el acercamiento y coordinación con los poderes legislativo y judicial (Cuadro 1). A partir de 2022, el FpV priorizó la ampliación de la participación social y la incidencia política en el proceso electoral (Cuadro 1).

Conclusiones

Frente a los obstáculos y desafíos para la consolidación del SUS aquí presentados, el MRSB se ha mantenido activo desde su concepción hasta el más reciente desafío materializado por la crisis sanitaria del COVID-19, cuando el SUS fue decisivo para salvar la vida de miles de brasileños³⁶. Así, se puede considerar que el MRSB ha actuado y sigue actuando en la dirección de lo que se considera el camino fundamental para la consolidación del SUS – y, por lo tanto, de su resiliencia, que es una amplia movilización popular, que involucre a los más diversos sectores de la sociedad civil que actúan a favor de los derechos de la ciudadanía y se oponen a la mercantilización de la salud²⁶. Sin embargo, hay que tener en cuenta las limitaciones del trabajo del MRSB, ya que la cuestión de la participación del sector privado en la salud, que involucra la internacionalización en la salud suplementaria y la participación del sector privado en la prestación y gestión de los servicios de salud, no ha alcanzado una posición política consensuada capaz de incidir en la política de salud.

Con el objetivo de demostrar que la discusión sobre la resiliencia en el sector de la salud tiene un caso ejemplar para incorporar la dimensión política en el marco actual de discusión del concepto de resiliencia, el trabajo del MRSB puede aclarar las posibilidades de incorporar el análisis político en esta discusión.

Colaboradores

Todas las autoras participaron en las entrevistas y la redacción. S Fleury revisó las traducciones.

Referencias

1. Paschoalotto MAC, Lazzari EA, Castro MC, Rocha R, Massuda A. A resiliência de sistemas de saúde: apontamentos para uma agenda de pesquisa para o SUS. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 8):156-170.
2. Sjöstedt M. Resilience revisited: taking institutional theory seriously. *Ecol Soc* 2015; 20(4):23.
3. Jatobá A, Carvalho PVR. Resiliência em saúde pública: preceitos, conceitos, desafios e perspectivas. *Saude Debate* 2022; 46(8):130-139.
4. Lobato LVC. Resiliência de Sistemas de Saúde. *Cad Saude Publica* 2022; 38(10):e00176622.
5. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, Tasca R, Ferreira Junior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad EBAPEBR* 2021; 19(n. esp.):735-744.
6. Massuda A, Bigoni A, Paschoalotto MA, Tasca R. Rumos para um sistema de saúde resiliente. *GV Exec* 2022; 21(n. esp. 2):22-29.
7. Jatobá A, Carvalho PVR. Resiliência do Sistema Único de Saúde não está (somente) nas respostas dos desastres. *Rev Saude Publica* 2024; 58:22.
8. Paim JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2008.
9. Fleury S, organizadora. *Teoria da reforma sanitária: diálogos críticos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
10. Santos JS. *Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na conjuntura 2013-2020: resistência e revitalização* [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2023.
11. Copeland S, Hinrichs-Krapels S, Fecondo F, Santizo ER, Bal R, Comes T. A resilience view on health system resilience: a scoping review of empirical studies and reviews. *BMC Health Serv Res* 2023; 23(1):1297.
12. Brand FS, Jax K. Focusing the meaning(s) of resilience: resilience as a descriptive concept and a boundary object. *Ecol Soc* 2007; 12(1):23.
13. Fitzgerald J. Recomendaciones para el desarrollo de sistema de salud resilientes en las Americas. *Rev Pan Salud Publica* 2023; 47:e101.
14. Paschoalotto MAC, Lazzari EA, Rocha R, Massuda A, Castro MC. Health systems resilience: is it time to revisit resilience after COVID-19? *Soc Sci Med* 2023; 320:115716.
15. Barker KM, Ling EJ, Fallah M, Vandeboget B, Kodl Y, Macauley RJ, Viswanath K, Kruk ME. Community engagement for health system resilience: evidence from Liberia's Ebola epidemic. *Health Policy Plan* 2020; 35(4):416-423.
16. Fleury S, Faria M, Durán J, Sandoval H, Yanes P, Penchaszadeh V, Abramovich V. *Right to health in Latin America: beyond universalization*. Santiago: United Nations; 2013.
17. Witter S, Thomas S, Topp SM, Barasa E, Chopra M, Cobos D, Blanchet K, Teddy G, Atun R, Ager A. Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *Lancet Glob Health* 2023; 11(9):e1454-e1458.
18. Meyer D, Bishai D, Ravi SJ, Rashid H, Mahmood SS, Toner E, Nuzzo JB. A checklist to improve health system resilience to infectious disease outbreaks and natural hazards. *BMJ Glob Health* 2020; 5(8):e002429.
19. Bispo Júnior, JP. Resiliência do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: como se fortalecer? *Cad Saude Publica* 2022; 38(10):e00097522.
20. Bigoni A, Malik AM, Tasca R, Carrera MBM, Schiesari LMC, Gambardella DD, Massuda A. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: An analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am* 2022; 10:100222.
21. Poulantzas N. *O Estado, o poder, o socialismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1980.
22. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1979.
23. Olsson L, Jerneck A, Thoren H, Persson J, O'Byrne D. Why resilience is unappealing to social science: Theoretical and empirical investigations of the scientific use of resilience. *Sci Adv* 2015; 1(4):e1400217.
24. Vidal JP. Social movements and resilience: complementary or asymmetry notions. *G&DR* 2018; 14(3):124-146.
25. Pierson P. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
26. Teixeira CF, Santos JS, Souza LEPE, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p. 124-142.
27. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* 2011; 377(9779):1724-1725.
28. Santos JS, Teixeira CF. Análise política da ação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira na pandemia da COVID-19: 2020-2021. *Cien Saude Colet* 2023; 28(5):1287-1296.
29. Frente pela Vida. *Plano Nacional de enfrentamento à pandemia da Covid-19 - Versão 3* [Internet]. 2020 [acessado 2021 jun 21]. Disponível em: https://frentepelevida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf.
30. Mendes Á, Marques RM. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):841-850.
31. Teixeira CFS, Paim JS. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 2):11-21.
32. Associação brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). *Posicionamentos oficiais* [Internet]; 2021 [acessado 2021 jan 23]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/posicionamentos-oficiais/>.
33. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). *Posicionamentos políticos do Cebes* [Internet]. 2021 [acessado 2021 jun. 21]. Disponível em: <https://cebes.org.br/noticias/posicionamentos-politicos-do-cebes/>.

34. Fleury S, Santos JS, Moreira AEMM, Araújo TMB. Frente Pela Vida: a sociedade em movimento em defesa da democracia, da saúde e do SUS. In: Ouverney AM, Fleury S. *Novo Federalismo no Brasil: tensões e inovações em tempos de Pandemia de COVID-19*. Brasília: Editora do autor; 2023. p. 433-491.
35. Frente pela Vida. *Marcha pela Vida. Notícias* [Internet]. 2021 [acessado 2021 jun 21]. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br/marcha/>.
36. Rizzotto MLF, Costa AM, Lobato LVC. A esperança impulsiona, alimenta, move e fortalece a utopia. *Saude Debate* 2020; 44(127):937-946.

Artículo presentado en 02/04/2024

Aprobado en 25/02/2025

Versión final presentada en 27/02/2025

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva