

# Estudiantes de medicina y comunidad en el sur de Brasil: una experiencia de empoderamiento mutuo

Mayara Floss, Su-Ming Khoo

---

## Reforma para la salud universal y los principios de empoderamiento y “*controle social*”

La reforma de salud en Brasil ha sido reconocida por su alto nivel de participación. Desde los años 70 las reformas en salud han sido impulsadas por movimientos sociales fuertes en favor de la salud pública y liderados por el Movimiento Sanitario.<sup>1</sup> La lucha en Brasil formó parte de un movimiento más amplio a nivel mundial de la sociedad civil, profesionales de la salud y reformadores administrativos, que culminó en 1978 con la Declaración de Alma Ata que demandó reformas colectivas enfocadas a una atención primaria de calidad, equitativa y accesible.<sup>2</sup>

La Octava Conferencia Nacional de Salud (1986) sentó las bases para la fundación de un sistema de salud universal basado en el derecho a la salud sobre principios democráticos. La Constitución Ciudadana de 1988 y la Ley Orgánica de Salud de 1990 establecieron un nuevo Sistema Único de Salud (SUS), basado en el principio de que la salud es un derecho ciudadano y un deber del Estado.<sup>3</sup> La reforma al sistema de salud fue integral a la democratización política y social que siguió al periodo dictadura militar (1964-1985), ésta introdujo una combinación de políticas sociales universales, descentralización y participación ciudadana.<sup>4</sup>

El SUS puede ser descrito como un sistema de financiamiento público basado en los derechos a la salud que materializan los principios de universalidad integración y control social.<sup>5,6</sup> La universalidad se expresa en los arreglos de solidaridad a través del financiamiento central y la cobertura universal, la integración se lleva a cabo de dos maneras: el sistema funciona como un todo con distintos niveles de organización desde el local hasta el nacional, así como de una mirada holística a las personas que incluye sus características individuales, su familia, su comunidad y su contexto socioeconómico. El “*controle social*” es más difícil de describir, en términos generales, se compone del rendimiento de cuentas a las comunidades, de la responsabilidad por la propia salud, la participación comunitaria y el empoderamiento. Esta pluralidad de significados es clave para entender el empoderamiento y la participación comunitaria en el sector salud. El empoderamiento es un concepto complejo que abarca valores, conocimientos, comportamientos y relaciones. En el contexto de la salud, involucra objetivos educativos relacionados con el desarrollo o refuerzo de habilidades psicosociales generales en torno a la centralidad del paciente. Está basado en la aprendizaje a través de la experiencia y requiere un continuo relacionarse y auto-involucramiento, tanto de parte de los trabajadores de la salud como del paciente.<sup>8</sup>

Reflejando la importancia de la atención primaria en la reforma del sistema de salud en Brasil, la fase inicial de la implementación del SUS comenzó con la creación de las unidades básicas de salud (UBS); las primeras se establecieron para reforzar el trabajo de los médicos especialistas (ginecólogos, pediatras, clínicos), sin delegar elcomunidad. El énfasis fue puesto en congregar

---

**Mayara Floss.** Académica de Medicina.  
Universidad Federal de Río Grande, Brasil.  
Correo-e: [mayarafloss@hotmail.com](mailto:mayarafloss@hotmail.com)

**Su-ming Khoo.** Ph.D. Escuela de Ciencias  
Políticas y Sociología, Universidad Nacional de  
Irlanda, Galway, Irlanda.  
Correo-e: [suming.khoo@nuigalway.ie](mailto:suming.khoo@nuigalway.ie)

especialistas clínicos no para priorizar la atención individual o a la familia, sino a la comunidad y su contexto, las primeras UBS proveyeron asistencia médica descentralizada a nivel comunidad, pero fallaron en el proceso de empoderamiento puesto que los individuos fueron atendidos de una manera individualizada y fragmentaria, sin considerar su entorno.<sup>9</sup>

El modelo para las UBS comenzó a cambiar en 1994 con la introducción del programa de Salud Familiar enfocado hacia la atención primaria. Las UBS tradicionales fueron reemplazadas por la Unidad Estratégica de Salud Básica Familiar (UESBF),<sup>9</sup> que ofreció nuevas maneras de trabajar centradas en la familia, sus comunidades y contextos más allá del paciente individual. Este enfoque enfatizó acercamientos preventivos y capacitó para la facilitación en la participación social a los trabajadores de salud comunitarios.<sup>10</sup>

### **La centralidad del control social**

El principio de “*controle social*” en el SUS brasileño refleja procesos más amplios de democratización. La Ley Orgánica de Salud de 1990 sentó las bases para la creación del SUS e institucionalizó tanto a los Consejos de Salud, como las Conferencias de Salud. Las Leyes 8080 y 8142<sup>11</sup> establecieron el concepto de “control social” como un primer paso hacia hacer del derecho a la salud una realidad, los Consejos de Salud operan en cuatro niveles de poder: local, municipal, estatal y nacional.

Los Consejos de Salud Locales proveen la estructura institucional para la participación local y el control social de las UBS (tanto las tradicionales, como las unidades estratégicas de salud familiar). Los Consejos Locales de Salud están compuestos por representantes de la sociedad civil en un 50%, administradores municipales de salud en un 25% y trabajadores de la salud en otro 25%.<sup>12</sup> Sin embargo, las reglas son flexibles, los Consejos Locales Salud pueden estar completamente constituidos por miembros de la comunidad cuando hay insuficientes administradores municipales o trabajadores. Hoy, hay alrededor de 28,000 Consejos Locales de Salud a lo largo y ancho del Brasil,<sup>6</sup> y son ampliamente considerados una gran innovación,

suscitando un considerable interés a nivel internacional como ejemplo de gobernanza descentralizada y participativa.<sup>5</sup> Estos consejos están legalmente capacitados para inspeccionar cuentas públicas y demandar rendimiento de cuentas, por tanto, influyen cómo se asignan los recursos para los servicios de salud.<sup>6</sup> Una gobernanza participativa en el sector salud asegura una mayor adaptabilidad de los servicios a las necesidades específicas dentro de las comunidades, por ejemplo, decisiones acerca de dónde debiera localizarse una UBS o su horario más conveniente pueden ser determinados desde el nivel más bajo.

A pesar de estos mecanismos de participación, la estructura general de los Consejos Locales de Salud sigue siendo vertical de varias maneras. La descentralización de recursos a las UBS no es exactamente reproducida por la estructura de gobernanza de los Consejos Locales de Salud, se mantienen ciertas distancias entre las comunidades y el sistema de salud que todavía podrían ser salvadas mediante otros procesos de empoderamiento.

### **El papel de la educación popular**

La educación popular ha contribuido sustancialmente a los procesos de control social, participación y empoderamiento. Hasta la década de los 70 la educación en salud en Brasil reflejaba prioridades predominantemente elitistas y tecnócratas para la salud de la población.<sup>13</sup> Las medidas de salud pública eran implementadas a través de la acción coercitiva, en lugar de vías democráticas y participativas; el autoritarismo y las divisiones sociales que prevalecieron en el periodo militar entre 1964 y 1985, paradójicamente, crearon las condiciones de reemergencia de la resistencia popular.<sup>14</sup> La prioridad otorgada a los servicios médicos privados, especialmente a hospitales, dejó a la educación en salud y a la promoción de actitudes saludables con poco espacio significativo.<sup>13</sup> El gobierno militar se concentró en el crecimiento económico, dejando de lado las políticas sociales. La participación comunitaria durante este periodo estaba limitada a la movilización popular para cumplir con las pocas iniciativas en salud pública,<sup>13</sup> que no estuvieron a la altura de revertir

las tendencias de creciente desigualdad tanto en salud, como de exclusión. Había grandes contrastes entre los consumidores urbanos más adinerados que podían financiarse privadamente o los trabajadores formales protegidos por sindicatos, respecto al resto de la población que incluía a un gran sector informal, desempleados y pobres rurales, todos los cuales contaban sólo con la atención de organizaciones caritativas.<sup>15</sup> Los contrastes más grandes se daban en las zonas rurales, cuando había atención médica básica podría decirse que la comunidad local estaba involucrada, pero no empoderada.

La educación popular, sistematizada por Paulo Freire, contribuyó como guía para repensar la relación entre los intelectuales y las clases populares.<sup>16</sup> El proceso de reflexión crítica gradualmente llegó a formas de resistencia popular, al deseo de liberación de formas autoritarias de poder y, en última instancia, de la dictadura.<sup>13,14,16</sup> Un gran número de profesionales de la salud se hallaba insatisfecho con las prácticas rutinarias de exclusión y mercantilización y se unió a las fuerzas populares.<sup>14</sup> El diálogo se hizo posible entre las experiencias y los conocimientos académicos con los populares, hubo un corte con la educación autoritaria y normativa en salud y un acercamiento a la resistencia y a los modos críticos de educación y conciencia. Brandão argumenta: "... la educación popular no busca crear sujetos educado subalternos, sujetos limpios, pulcros, letrados, bebiendo agua hervida, comiendo harina de soya y usando tanques asépticos."<sup>17</sup> En vez de eso busca crear ciudadanos activos que no sean simplemente obedientes, sino que se hayan vuelto críticos, reflexivos y capaces de volverse agentes de cambio. En el proceso de empoderamiento, tanto pacientes como profesionales cambian, a los profesionales se les ofrece la posibilidad de desaprender a estar siempre en control.<sup>8</sup>

En la década de los 80 Brasil experimentó una gran crisis socioeconómica, las condiciones de vida empeoraron, con aumentos en desempleo y desnutrición. El gasto social se redujo y la salud de la población sufrió,<sup>13</sup> de forma que los movimientos sociales respondieron demandando la democratización de los servicios de salud y la reforma del sector. Este activismo culminó en la VIII Conferencia Nacional de Salud, en 1986, y en

la proclamación de una nueva República bajo un presidente civil y una nueva constitución.

La educación popular a partir de los principios propuestos por Freire: conciencia crítica, resistencia y movilización, se volvió una herramienta importante para construir y expandir la participación comunitaria en este nuevo contexto.<sup>13</sup> Esto no fue un proceso simple, no obstante la larga trayectoria de participación social dentro del movimiento democrático ya había incluido, una lucha interna entre elementos autoritarios tecnocráticos y aquéllos críticos y participativos que veían en la autodeterminación un principio clave.<sup>8</sup> Todavía hoy se mantienen las tensiones entre los que enarbolan la participación social, como fue concebida por Freire, y los mecanismos mayoritariamente verticales en eventos y campañas conducidas por estados y municipios en torno a la salud.<sup>14</sup>

## Metodología

Este artículo examina los resultados de una iniciativa estudiantil en la Universidad Federal de Río Grande (UFRG). Treinta estudiantes de medicina, incluyendo al autor, formaron la Liga de Educación en Salud y, subsecuentemente, se asociaron con miembros de la comunidad de la Barra. Este texto reporta el trabajo de campo realizado entre marzo del 2013 y diciembre del 2014 que involucró observación participativa en la comunidad, así como reflexiones formales e informales colectivas llevadas a cabo a través de la relación establecida. Esta situación produjo documentación sistemática y reflexiones sobre la experiencia, incluyendo fotografías, vídeos y trabajos científicos creados conjuntamente entre los estudiantes y los miembros de la comunidad.<sup>18</sup> El trabajo abreva de dicho material de campo, rico en términos cualitativos, en combinación con una revisión de materiales de fuentes secundarias: investigaciones, documentación de políticas y reportes publicados obtenidos a través de las bases de datos *Scopus* y *Web of Science*, utilizando 'empoderamiento en salud' como términos de búsqueda. Con respecto a la ética de investigación, las experiencias educacionales de campo y los reportes de dichas experiencias están exentos por parte de la institución relevante (UFRG).

## La educación médica y la Liga para la Educación en Salud

En 2010, treinta estudiantes de primer año de la carrera de medicina de la UFRG fundaron la Liga para la Educación en Salud (en adelante, la Liga). Su punto de partida y motivación fue su insatisfacción con un acercamiento demasiado técnico y poco humanizado de la educación médica, que trataba a la gente como sujetos sociales distantes y desarticulados de sus realidades locales.

Estos estudiantes buscaban cambiar el paradigma de la educación en salud, querían trabajar con la comunidad para explorar la posibilidad de conocer e interactuar con distintos conocimientos sobre una base de respeto a las diferencias mutuas y contribuyendo a la construcción de conocimiento sobre y entendimientos acerca de la salud.<sup>19</sup> A partir de un proceso de auto reflexión dieron nombre al grupo, discutieron también cuál sería la mejor manera de acercarse a las comunidades, qué metodologías emplear, estas actividades fueron coordinadas por un profesor en medicina familiar, su primer contacto con una comunidad se dio a través de un Módulo en Relaciones Médicas, curso obligatorio para los estudiantes de medicina de primer año.

En agosto de 2010 los estudiantes comenzaron a trabajar con una escuela primaria, parte del Centro Integral de Desarrollo Infantil (*Centro de Atensão Integrada da Criança*) vecino al campus universitario,<sup>20</sup> subsecuentemente, el grupo trabajó en una clase de educación para adultos y jóvenes.<sup>19,20</sup> En un inicio, la Liga se reunió con esta clase cada dos semanas para discutir y compartir experiencias en el ámbito de la salud.<sup>19-21</sup>

Los estudiantes de la Liga se reunían en juntas semanales paralelas para desarrollar y profundizar sus propias perspectivas personales y teóricas. También comenzaron a trabajar con dos comunidades más, la *Comunidade Castelo Branco* y *Asylo dos Pobres*.<sup>20</sup> la manutención de estos vínculos comunitarios se volvió bastante difícil cuando las universidades federales de Brasil se fueron a huelga para protestar por recortes presupuestales a su financiamiento, lo que

interrumpió todas las actividades universitarias por tres meses, resultando en la desintegración de la colaboración con la educación juvenil y adulta.<sup>20</sup>

La reflexión crítica que los estudiantes habían puesto en práctica con la comunidad comenzó a tener efectos recíprocos; hacia dentro de su propio grupo, los conceptos de educación popular los llevaron a una crítica reflexiva sobre su propio proceso educativo y la educación médica en general. Específicamente, en lo que se refiere a la dominancia de los modelos técnicos, varios médicos comenzaron a cuestionar el entendimiento de la atención médica centrado en el hospital y a promover una comprensión basado en las comunidades con necesidades y derechos.

En la medida en que los estudiantes se volvieron más conscientes del principio de “control social” comenzaron a surgir dentro del contexto de educación médica elementos de aprendizaje recíproco y de autodeterminación, así como de empoderamiento. Ahora podían ser discernidos en una serie complementaria procesos que ocurrieran dentro de la comunidad y entre los estudiantes.<sup>8</sup> La crítica de Freire a la “educación bancaria” que ve a los estudiantes como receptáculos vacíos a ser llenados de conocimiento estaba en la base de la reflexión crítica y de la resistencia entre sus estudiantes, influenciando su diálogo con la comunidad.<sup>22</sup> Los estudiantes vivieron las diferencias prácticas y conceptuales entre los enfoques convencionales hacia el entrenamiento adoptados dentro de las escuelas de medicina y la educación para la conciencia crítica que lleva la movilización propuesta por Freire.<sup>23</sup>

El desarrollo del SUS es un proyecto enorme que requiere una enorme inversión en entrenamiento de profesionales de la salud. No obstante, se ha argumentado que las limitaciones principales no son cuantitativas sino cualitativas, el asunto clave es que la educación del personal de salud está deformada.<sup>15</sup> Idealmente, los trabajadores del SUS debieran estar educados en medicina basada en la evidencia y ser profesionales bien entrenados comprometidos con la equidad en salud. Sin embargo, actualmente el perfil de los trabajadores en salud no cuadra con este ideal.<sup>15</sup> Las observaciones de Almeida-Filho y nuestra propia reflexión sobre las experiencias con la Liga nos

lleva a sugerir que la educación popular podría ser un componente clave para abrir ambos lados de la puerta a un nuevo sentido: profesionalismo crítico y empoderamiento en salud que involucren, recíprocamente, tanto a las comunidades como a los estudiantes.

### **Antecedentes de la comunidad de la Barra**

La comunidad de la Barra está localizada en Río Grande, que es la ciudad más antigua del estado de Río Grande del Sur, la del mayor complejo portuario en el sur de Brasil.<sup>24</sup> Aunque la comunidad, también conocida como la 4a Sección de la Barra, es un bien establecido asentamiento informal, sus habitantes carecen de derechos sobre la propiedad<sup>25</sup> porque ocupa suelo que oficialmente pertenece al estado federal bajo la jurisdicción del Inspectorado del Puerto de Río Grande, por lo que se ve amenazada por la posible expansión del puerto, lo que hace que sus habitantes vivan con el miedo constante de perder sus hogares.<sup>18</sup> Los residentes habitan en casas temporales de madera y saben que puede ser que se vean forzados a irse, demoliciones sumarias ya han ocurrido.<sup>25</sup> La comunidad enfrenta un ciclo continuo de promesas de que sus habitantes no serán desalojados, seguidas de amenazas y demoliciones; la mayoría subsiste de la pesca comercial y artesanal.<sup>25</sup> La inseguridad, asociada a vivir en un asentamiento informal, afecta el derecho a la salud y a la educación bajo la amenaza de la expansión portuaria; ocasiona también retrasos en la provisión de infraestructura, vivienda y servicios; es una lucha permanente hacerse de cualquier mejora.<sup>18,25</sup>

Hasta 2013, esta comunidad, de alrededor de 5000 habitantes, era atendida por una UBS<sup>1</sup> tradicional, un doctor revisaba pacientes dos veces por semana y había una enfermera de tiempo completo. Pero a la clínica le faltaba el equipo completo disponible en las Unidades Estratégicas de Salud Familiar, este equipo incluye trabajadores, promotores comunitarios de salud y un Consejo Local de Salud, elemento clave del “*controle social*”.

En 2004, el Grupo de *Artesãs da Barra* (GAB), hizo un aporte significativo al desarrollo

---

<sup>1</sup> Unidad Básica de Salud.

comunitario, el grupo emergió de una iniciativa en salud y educación ambiental a través de una ONG, *Núcleo de Educação e Monitoramento Ambiental*, (NEMA), involucrada en un proyecto con tortugas marinas a lo largo de la costa del estado de Río Grande del Sur.<sup>26</sup> Este proyecto concientizó a la comunidad acerca de la necesidad de la protección del ambiente marino, conminando a la educación ambiental en las escuelas y a la educación vocacional para las madres de los alumnos.<sup>26</sup> Las mujeres prosiguieron participando en la GAB, creada como iniciativa para generar ingresos suplementarios a los de la pesca con la producción de artesanías con base en las especies marinas locales. La asociación se volvió un lugar para la reciprocidad y el empoderamiento, las mujeres que participaron en estos proyectos prosiguieron creando negocios independientes. La GAB posibilitó que la comunidad de la Barra se involucrara en la autorrealización, la resistencia y la voluntad de ser más, discutidas por Freire.<sup>27</sup> Los espacios que abrió permitieron a los miembros de la comunidad iniciar un diálogo acerca de los diferentes saberes y la construcción del conocimiento sobre salud, en particular.

### **El empoderamiento, la comunidad y los estudiantes**

En marzo de 2013, la Liga comenzó un proyecto formal con la GAB, después de casi seis meses de visitas para construir relaciones.<sup>20</sup> Las dos organizaciones y la comunidad comenzaron con actividades prácticas semanales, después de varias reuniones para discutir los asuntos de salud individual, como hipertensión, hipotiroidismo y salud en el trabajo. Los estudiantes y la comunidad identificaron su entendimiento del SUS y sus derechos de salud como prioridad principal, acordaron el uso del proyecto para discutir y construir tal entendimiento del SUS, así como las realidades actuales.<sup>20</sup>

Los estudiantes y la comunidad identificaron conjuntamente los principales problemas y retos para la implementación del SUS localmente, los primeros presentaron y discutieron con la comunidad la Constitución de 1988, el derecho a la salud y los principios fundamentales del mencionado SUS, incluyendo el “*controle social*” y su implementación vía los Consejos Locales de

Salud.<sup>20</sup> Los problemas en relación a las UBS tradicionales también fueron identificados en la discusión, la comunidad se quejó del enfoque inadecuado y puntual en la provisión de servicios: un doctor presente sólo una vez a la semana, una enfermera trabajando prácticamente sola en la unidad de salud, falta de infraestructura y la ausencia de cuidados dentales.<sup>20</sup>

La comunidad sugirió un tríptico informativo describiendo el SUS y el derecho a la salud para ser distribuido en cada hogar.<sup>20</sup> El documento resultante fue llamado *Mis Derechos en el SUS (Meus Direitos no SUS)*, contenía preguntas provocativas e información, funcionando como un incentivo para que los miembros de la comunidad participaran en el debate en torno a la salud.<sup>18</sup> Miranda Júnior y Floss señalan que “el folleto era interesante porque se trataba de un proyecto conjunto que reflejaba lo que había sucedido en las juntas, fue muy motivante para nosotros atestiguar el proceso de toma de conciencia que ocurrió en la comunidad una vez que comprendieron su derecho a la salud”.<sup>20</sup>

Reuniones subsiguientes se enfocaron en la idea de participación en relación al SUS sobre el principio de “*controle social*” y en la posibilidad de establecer un Consejo Local de Salud, en palabras de un miembro de la comunidad: “... nuestra comunidad no contaba con cuidados, pero tenemos derechos y podemos crear un Consejo Local de Salud para exigir una mejor atención médica...”<sup>28</sup>

La comunidad y los estudiantes decidieron reunirse con los representantes en la UBS tradicional en Barra, los líderes y la enfermera del Centro de Salud se reunieron con el Consejo Municipal de Salud de Río Grande para articular las necesidades de su comunidad y para argumentar la creación de un Consejo Local de Salud. Esto fortalecería su argumento para que la UBS fuera transformada en un Centro Estratégico de Salud Básica Familiar, con una gama más amplia de servicios y un más integrado cuidado orientado a la comunidad

El Consejo Municipal de Salud y la Secretaría de Salud de Río Grande acordaron reunirse con la comunidad en el Centro Comunal de Barra. En esta reunión las autoridades anunciaron que la

UBS tradicional sería transformada en una Unidad Estratégica de Atención Básica de la Salud Familiar en 2014. La Liga y la comunidad celebraron el anuncio, dado que se vislumbraba un mejor futuro que confirmaría pronto el derecho de la comunidad a recibir una mejor atención con base en la atención primaria integral. Para principios de 2014 la comunidad de Barra tenía un especialista en medicina familiar y salud comunitaria de tiempo completo y un pediatra que atendía una vez a la semana, además de tratamiento dental.

Desafortunadamente, la transición completa a Unidad Estratégica en Salud Familiar fue retrasada por la burocracia, al punto que el Consejo de Salud Local no ha sido formalmente aún ahora.

El establecimiento de la Unidad Estratégica de Salud Familiar fue un éxito importante para Barra, sin embargo, este éxito desarticuló una movilización más allá para lograr el “*controle social*” mediante el Consejo Local de Salud porque la comunidad de Barra asumió que la ampliación de servicios significaba que sus derechos estaban ahora asegurados.

### **“*Controle social*”: más allá de los Consejos Locales de Salud participativos**

Superficialmente, parecería que las UBS establecidas y los Consejos Locales de Salud dentro del SUS funcionan de una manera democrática y descentralizada. No obstante, el sistema general tal vez sigue siendo demasiado burocrático y vertical. Por una parte, los resultados demuestran que es posible que un esfuerzo político colectivo del gobierno, los estudiantes y la comunidad resulte en una mejoría en el acceso a cuidados médicos básicos, las políticas públicas pueden ser positivamente pactadas en el interés de la equidad en la salud. Por otra parte, estos mismos éxitos deben también ser vistos como desmovilizadores, en la medida en que la comunidad no buscó el establecimiento del Consejo Local de Salud hasta sus últimas consecuencias después de los cambios de 2014. Hay quienes sospechaban que la ganancia práctica sería amenazada si insistían en el establecimiento de un Consejo Local de Salud, de manera similar,

los estudiantes se mantuvieron relativamente desmovilizados hacia la consecución de ese fin.

El “*controle social*” tiene un doble significado: el poder para empoderar desde abajo y el poder para silenciar. Este caso demostró como el establecimiento formal de un Consejo Local de Salud no es el único mecanismo de control social posible y que hay otras rutas de empoderamiento. La propuesta de establecer un Consejo Local de Salud en Barra fue resultado de un proceso de apropiación por parte de la comunidad, de creación de conciencia y movilización. En este trayecto fue acompañada por la Liga de los estudiantes de medicina, quienes también se involucraron en un proceso propio de creación de conciencia y movilización. Sin embargo, otra forma menos institucionalizada de control social es posible, involucrando formas alternativas de administración y monitoreo participativas, externas o paralelas a las estructuras formales.

Un ejemplo del nordeste rural brasileño muestra tal forma alternativa de confrontar a las políticas y el control social institucionalizado, mediante una aproximación participativa que opera fuera de los Consejos Locales Salud institucionalizados.<sup>29</sup> De acuerdo a Prado: “... no quisiéramos implementar una política distrital de participación popular, quisiéramos revisar el diálogo para mejorar las estructuras políticas”.<sup>29</sup>

“*Controle social*” pudiera ser un concepto ya listo para expandirse y evolucionar, está presente en la ley y la política social, pero nuevas maneras de monitoreo en la salud, responsabilidad y participación pueden emerger con enfoques menos burocráticos, dirigidos mediante el empoderamiento y la agencia de las comunidades en diálogo con futuros y actuales trabajadores de la salud y autoridades. Hoy hay una dualidad entre la integración y el “*controle social*” en el interior del SUS. Como parte del legado esencial del movimiento sanitario perdura la visión de un sistema de salud unitario controlado por el estado y organizado con varios niveles de vida social involucrada en los procesos de enfermedad y sanamiento.<sup>30</sup> Sin embargo, esta lógica no es fácilmente adaptada al nivel comunitario porque las comunidades no se organizan a sí mismas de esa manera lógica unilineal; en cambio, muestran

variables y procesos sociales emergentes haciendo del empoderamiento algo altamente dependiente del contexto específico.<sup>7</sup> Las comunidades pueden articular demandas puntuales adaptadas a sus propias necesidades y realidades y no necesariamente requieren de la institución formal de un Consejo de Salud para asegurar su participación y el “*controle social*” del proceso. Es importante que dicho control social no sea construido de manera monolítica, ya que esto pudiera causar que el sistema de reformas de salud llegara a no estar a la altura de las pruebas de derechos, inclusión y adaptabilidad. El SUS brasileño debe mantenerse abierto a que el control social sea definido de formas que no eviten en principio nuevas posibilidades incluyentes articuladas por diferentes luchas en la base social.

### **Conclusión: la doble llave del empoderamiento**

Como conclusión, sugerimos que la experiencia de la comunidad de la Barra con la educación popular constituye un elemento de esclarecimiento y empoderamiento. Como temas elementales del control social, el concepto de empoderamiento en la salud tiene sus orígenes en la educación popular,<sup>31</sup> constituye una llave a nivel cualitativo que desbloquea barreras a la participación de los dos lados simultáneamente: del lado de la comunidad y del de los profesionales de la salud. Cuando consideramos al SUS brasileño desarrollarse, debíamos tomar en cuenta el papel crucial de la equidad y de la autonomía en relación al concepto de empoderamiento. Esto subraya la importancia de preguntarse por qué y de permitir la autodeterminación más allá del simple acatamiento de las estructuras formales.<sup>31,32</sup>

Debemos recordar la crítica de Baxi con respecto al desarrollo como un proceso en el cual los desarrolladores terminan impulsando el poder de decidir qué es bueno para los desarrollados (valgan las redundancias).<sup>33</sup> Esta perspectiva falla en comprender como el “*controle social*” puede ocurrir a través de la resistencia popular y la autorrealización. Este control social involucra, más que representantes o estructuras representativas formales o la propia movilización de la población para cumplir con las campañas públicas de salud, identidades emergentes que retan a la autoridad y

al uso del diálogo para checar y diversificar las rutas del poder en el interior del sistema de salud.

¿El elemento crítico del control social que confronta y contradice una forma de ver la integración que no deja espacio para la construcción de alternativas tiene cabida? ¿El principio de universalidad está llevando a una monocultura del sistema de salud o hay la posibilidad de que la universalidad acoja las diferencias expresadas a nivel de comunidad? ¿Puede un sistema de salud mantenerse fiel al principio de integración mientras refleja y respeta tanto las perspectivas de la sociedad como la diversidad desde el derecho a la salud? ¿Los principios de disponibilidad y accesibilidad deben estar acompañados por aquéllos de adaptabilidad y calidad?<sup>34</sup>

La Liga y la comunidad de la Barra muestran con su experiencia que el diálogo puede llevar a transformaciones del punto de vista medicalizado del “paciente” (cómo señala Sen) hacia la participación activa de agentes con la capacidad de involucrarse en la estructura social.<sup>35</sup> “Volverse agentes de salud juntos” invoca Freire en el concepto del “paciente impaciente”.<sup>36</sup> Este artículo reflexiona en torno a las experiencias tanto de los estudiantes impacientes como de los profesionales y los pacientes, procurando llevar a la acción el “*controle social*” a través de reformas más igualitarias y del diálogo. Al permitir transformaciones en la salud, educación en salud y un sistema de salud que van más allá de las estructuras de representación formal consideradas por el SUS, está evolucionando de acuerdo a sus propios principios y reivindicando el derecho a la salud a través del empoderamiento recíproco de todos los agentes involucrados.

### Agradecimientos

A la comunidad de la Barra, a la Liga de Educación en Salud por su colaboración y a Silvia Morreale por su ayuda con la traducción del resumen al español.

### Referencias

1. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet*. 2011;377.

2. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health; 1978; USSR. World Health Organization.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011 May 21;377(9779):1778-97.
4. Coelho VSP. Brazil's Health Councils: The Challenge of Building Participatory Political Institutions. *IDS Bulletin* 2004;35(2):33-9.
5. Cornwall A, Cordeiro S, Delgado NG. Rights to health and struggles for accountability in a Brazilian municipal health council. In: Newell P, Wheller J, editors. *Rights, Resources and the Politics and Accountability*. London: Zed books; 2006.
6. Coelho VSP, Cornwall A, Shankland A. Taking a Seat on Brazil's Health Councils. *Citizenship DRC Case Study Series*. 2009:2.
7. Jupp D, Ali SI. Measuring Empowerment? Ask Them. Quantifying qualitative outcomes. Stockholm: SIDA; 2010. Report No.: SIDA53691 en Contract No.: Document Number].
8. Aujoulat I, d'Hoore W, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns*. 2007 Apr;66(1):13-20.
9. Neto MMdC. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. In: Básica DdA, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p. 44.
10. Rosa WdAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005;13(6):1027-34.
11. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS / Ministério da Saúde. In: Saúde CND, editor. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. p. 40.
12. FAMÍLIA FESD. Guia para a Implantação e desenvolvimeto de Conselhos Locais de Saúde. Salvador: Núcleo de Gestão Participativa; 2010. p. 13.
13. Silva CMdC, Meneghim MdC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(5):2539-50.
14. Vasconcelos EM. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):67-83.
15. Almeida-Filho N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*. 2011;377:1898-900.



16. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. *Interface- Comunic, Saúde, Educ.* 2001;5(8):121-6.
17. Brandão CR. *Lutar com a palavra: escritos sobre o trabalho do educador.* Rio de Janeiro; 1982.
18. Floss M, Miranda Júnior AD. *A colcha de Retalhos: Vivências da Liga de Educação em Saúde.* Rio Grande: Editora da FURG; 2014.
19. Floss M, Miranda Júnior AD, Teixeira TP. Liga de Educação em Saúde: reflexões a partir das vivências dos estudantes de medicina da universidade federal de Rio Grande. *APS.* 2014;17(1):116-9.
20. Miranda Júnior AD, Floss M. Introdução - Lado B. *A Colcha de Retalhos: Vivências da Liga de Educação em Saúde.* Rio Grande: Editora da FURG; 2014. p. 29-48.
21. Floss M, Tavares RC, Côrrea CR, Miranda Júnior AD. *League of Health Education: the Extension and Popular Education experience in medical education.* Wonca Europe 2014; 2014; Portugal. 2014.
22. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 15 ed. São Paulo: Paz e Terra; 2000.
23. Freire P. *Education for critical consciousness.* London: Continuum; 1974.
24. SPRG SdPdRG. *The City of Rio Grande.* Rio Grande: Superintendência do Porto de Rio Grande; [cited 2014 20th October]; Available from: [http://www.portoriogrande.com.br/site/sobre\\_porto\\_municipio\\_rg.php?idIdioma=2](http://www.portoriogrande.com.br/site/sobre_porto_municipio_rg.php?idIdioma=2).
25. Barcellos J. *A Vila da Barra e questões ambientais.* *Jornal Agora.* 2010.
26. GAB GdAdB. *Nossa História.* Rio Grande; 2013 [updated 2013; cited 2014 03 november 2014]; Available from.
27. Freire P. *Pedagogy of freedom : ethics, democracy, and civic courage.* Lanham: Rowman & Littlefield Publishers 1998.
28. Reis S. *Modelando o Caminho da vida. A Colcha de Retalhos: Vivências da Liga de Educação em Saúde.* Rio Grande: Gráfica da FURG; 2014.
29. Prado EVd. *O Diálogo como estratégia de gestão no SUS. II Mostra Nacional de Experiências em Gestão Estratégica e Participativa no SUS;* Brasília. Ministério da Saúde. p. 6.
30. Vasconcelos EM. *Educação Popular nos serviços de saúde.* São Paulo: Hucitec; 1997.
31. Feste C, Anderson RM. *Empowerment: from philosophy to practice.* *Patient Education and Counseling,* . 1995;26:139-44.
32. Laverack G. *Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature.* *J Health Popul Nutr.* 2006 Mar;24(1):113-20.
33. Baxi U. *Human Rights in a Posthuman world.* 3 ed. New Delhi: Oxford University Press; 2010.
34. Hunt P, editor. *The right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* UN General Assembly; 2006. UN.
35. Saha S. *Amartya Sen's Concept of Human Rights: Agency's Vital Rol.* *Forum on Public Policy;* 2011. *The Forum on Public Policy;* 2011.
36. Freire P. *Pacientes impacientes: Paulo Freire.* *Caderno de Educação Popular e Saúde.* Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2007. p. 32-44.

**Recibido: 16 de julio de 2014**

**Aprobado: 30 de agosto de 2014**

**Conflicto de intereses: ninguno.**



# Medicina Social

Salud Para Todos