

# LA SALUD COMO RESISTENCIA: LOS CASOS DE ESPAÑA Y BRASIL ANTE LOS RECORTES EN SUS SISTEMAS PUBLICOS DE SALUD

## SAÚDE COMO RESISTÊNCIA: OS CASOS DA ESPANHA E BRASIL DIANTE DOS CORTES NOS SEUS SISTEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

Andréia de Oliveira 1  
Jorge Marcos Marcos 2  
Carlos Alvarez-Dardet Díaz 3

**Resumen:** Este estudio de enfoque cualitativo con distintos recursos metodológicos de recolección de datos, elaborado entre 2019-2020, se centró en las dinámicas de movilización colectiva y protesta contra las medidas neoliberales de austeridad en España y Brasil, cuyo eje común fue el ataque a los sistemas universales de salud. En España, los resultados mostraron éxitos inspiradores, pero no suficientes; y en Brasil, la orientación política del gobierno federal y del Congreso Nacional es desfavorable a la defensa del derecho universal a la salud. Se concluye que la renovación de las fuerzas de participación social y la movilización colectiva de la población podría vitalizar la resistencia popular y ampliar las fuerzas políticas para hacer frente a las medidas neoliberales de austeridad.

**Palabras clave:** Participación social. Movilización colectiva. Sistema de Salud Universal. Política de Salud de Brasil. Política de Salud de España.

**Resumo:** Este estudo, de abordagem qualitativa, com diferentes recursos metodológicos de coleta de dados, elaborado entre 2019-2020, enfocou a dinâmica de mobilização coletiva de contestação e protesto contra as medidas de austeridade na Espanha e no Brasil, cujo eixo comum era o ataque aos sistemas universais de saúde. Na Espanha, os resultados mostraram sucessos inspiradores, mas não suficientes; e, no Brasil, a orientação política do Governo Federal e do Congresso Nacional é desfavorável à defesa do direito universal à saúde. Conclui-se que a renovação das forças de participação social e a mobilização coletiva da população são fundamentais para revitalizar a resistência popular e expandir as forças políticas para o enfrentamento das medidas neoliberais de austeridade.

**Palavras-chave:** Participação social. Mobilização coletiva. Sistema Universal de Saúde. Política de Saúde do Brasil. Política de Saúde da Espanha.

Asistente Social, Doctora en Trabajo Social por la Pontificia Universidad Católica de San Pablo, Brasil. Máster en Salud Pública (UFSC, Brasil). Docente e investigadora en el Departamento de Servicio Social y del Programa de Posgrado en Política Social de la Universidad de Brasilia, Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0056976365794825>. ORCID: 0000-0001-8759-059X. E-mail: andreiaoliveirasus@gmail.com

Doctor en Antropología Social por la Universidad de Granada, España. Máster Europeo en Salud Pública. Docente e investigador del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad de Alicante, España. ORCID: 0000-0002-7607-6672. E-mail: jorLge.marcosmarcos@ua.es

Licenciado y Doctor en Medicina per la Universidad de Sevilla, España. Especialista en Salud Pública por la Faculty of Public Health of the United Kingdom, Reino Unido. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Publica en la Universidad de Alicante, España. ORCID: 0000-0003-3530-7451. E-mail: carlosalvarezdardetdiaz@gmail.com

## Introducción

Las nuevas configuraciones del capitalismo contemporáneo, emprendidas como resultado del fortalecimiento de las medidas neoliberales, tienen un impacto directo en los sistemas universales de salud de diferentes países y regiones. Este proceso se produce a través de una trayectoria de desplazamiento del sector de la salud desde las esferas pública y estatal, guiado por la conquista del derecho social a la salud, hacia la mercantilización y privatización de las acciones y servicios de salud en las economías financierizadas, resultantes de la expansión de las medidas neoliberales.

Los países de la Unión Europea, entre ellos España, han enfrentado fuertes presiones financieras sobre sus sistemas universales de salud, en especial debido a las medidas de enfrentamiento a la gran recesión de 2008 adoptadas por el gobierno. La universalidad de los sistemas nacionales de salud se ve cuestionada y amenazada ante la reducción de la intervención estatal, el fortalecimiento del sector privado y de la expansión del control del mercado financiero (CORDILHA; LAVINAS, 2018; SERAPIONI, 2017).

En España, la aplicación de medidas de austeridad, en especial a partir de 2012, han producido una contrarreforma en el sector de salud a través de iniciativas de privatización de servicios resultantes de la ampliación de las fuerzas del sector privado, provocando un deterioro del sistema. (SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014; BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; PADILLA, 2019).

Una expresión significativa de esta contrarreforma en el sistema sanitario español fue el Real Decreto Ley 16/2012 (ESPAÑA, 2012), cuya promulgación cambió los fundamentos del modelo de universalidad, introduciendo una lógica restrictiva y de implementación del sistema basado en el seguro (SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014). La respuesta social y profesional fue un amplio movimiento de resistencia y contestación a esas normas jurídicas, que dio lugar a la derogación de la ley en 2018, con la promulgación de una nueva legislación, el Real Decreto 7/2018 (ESPAÑA, 2018), instrumento a través del cual la salud se vincula, una vez más, a una condición de derecho de ciudadanía.

En América Latina, las tendencias neoliberales y de austeridad, profundizadas por la crisis de 2008, encuentran un escenario fértil. Esto se ha plasmado en los determinantes históricos estructurales dentro del continente, cuya influencia impacta en la extrema desigualdad de acceso a las acciones y servicios disponibles en el sector de la salud de la región. A pesar de tener trayectorias distintas, se asemejan a la fuerte presencia del sector privado y a la segmentación de las acciones y servicios y, por tanto, a diferencia de los países centrales, no constituyeron proyectos universalistas. (LAURELL, 2017; LEVCOVITZ; COUTO, 2018).

En el caso del Brasil, la puesta en marcha del Sistema Único de Salud – SUS, a partir de la Constitución Federal de 1988, fomentó el establecimiento de la universalidad y permitió ampliar el acceso a la salud, alcanzando un número expresivo de la población brasileña (PAIM, 2018). Sin embargo, grietas persisten y corroboran con las pautas hegemónicas históricas de la salud brasileña. Varios estudios ponen de relieve la insuficiencia de la financiación, agravada por la Enmienda Constitucional 95/2016, que congela el presupuesto público durante el período de veinte años (VIEIRA; BENEVIDES, 2016). La garantía del derecho a la salud y la sostenibilidad del SUS no dependen únicamente de la financiación, pero la falta de inversión pública hace imposible su aplicación.

La crisis del Sistema Único de Salud en Brasil precedió a la crisis mundial de la primera década del siglo XXI. La correlación de fuerzas para defender el proyecto del SUS ha sido desfavorable y se profundiza desde 2014 consecuencia de un Estado y un sector de la sociedad estructuralmente hostiles a las políticas públicas universales – haciendo hegemónico el significado de un sistema como servicio público para las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas (MACHADO, 2018; TEIXEIRA; PAIM, 2018). La introducción de medidas de austeridad y ajuste fiscal en el Brasil, a partir de 2014, profundiza las debilidades del sistema a partir de 2016, con la aprobación del llamado Nuevo Régimen Tributario por la Enmienda Constitucional núm. 95/2016 (BRASIL, 2016).

El trabajo se sostiene en un abordaje metodológico cualitativo, y se basa en el entendimiento de que los movimientos de protesta y los espacios de los consejos de salud están di-

señados como un medio de participación en los procesos de toma de decisiones públicas, procesos de una democracia participativa (MATOS, 2011). Con este artículo se pretende contribuir al análisis de las estrategias de movilización colectiva de contestación, protesta y participación social para hacer frente a las medidas de desmantelamiento de los sistemas de salud que están en la agenda de las políticas públicas salud en España y Brasil, especialmente a partir de 2012 y 2016, respectivamente.

Concretamente, el objetivo es identificar y analizar las dinámicas de movilización colectiva de protesta, tomando como referencia en España la respuesta/reacción social a la promulgación del Real Decreto Ley 16/2012 (ESPAÑA, 2012), representada especialmente por las Mareas Blancas, y en Brasil la respuesta/reacción del Consejo Nacional de Salud a la Enmienda Constitucional 95/2016 (BRASIL, 2016).

Para este estudio de carácter internacional, la definición de los dos países se justifica por la trayectoria común del proceso de reforma y por las similitudes entre los dos sistemas de salud (públicos y universales), así como los conflictos y disputas entre el proyecto que defiende la salud como un derecho de la ciudadanía, previsto en la legislación sanitaria de España y Brasil, y el proyecto privatista de interés del mercado, en crecimiento desde principios del siglo XXI.

También agrega la intención de añadir el debate sobre la necesidad de reforzar los movimientos globales de la defensa de la salud, siguiendo las propuestas del Movimiento por la Salud de los Pueblos que, en su IV Asamblea Mundial para la Salud de los Pueblos, celebrada en 2018, refuerza la defensa de la salud como un derecho humano, y la consolidación de los sistemas públicos de salud, equitativos, universales, no discriminatorios, con una acción apropiada sobre los determinantes sociales de la salud. (BAUM; SANDERS; NARAYAM, 2020).

## Método

Este estudio, llevado a cabo entre noviembre de 2019 y mayo de 2020, adopta una metodología de trabajo cualitativa, a través de una revisión narrativa de la literatura sobre el tema de estudio, un análisis documental a nivel legislativo en ambos países y una encuesta con la aplicación de un cuestionario a los especialistas en el tema.

La elección del enfoque metodológico del estudio estuvo guiada por la necesidad de identificar, en primer lugar, la dinámica de la movilización colectiva de las acciones de protesta dirigidas a la realización de la salud como derecho social en los dos países – España y Brasil – y, a continuación, analizar dicha dinámica, con el fin de caracterizar las estrategias adoptadas por la población en la defensa de los derechos sociales a la salud. La alternativa esbozada, según la literatura consultada, fue la elaboración de un estudio descriptivo y exploratorio sobre el tema de la investigación, un primer balance con la intención de cartografiar el problema en los dos países y, de esta manera, obtener el conocimiento inicial del «estado del arte» del tema investigado (MINAYO, 2010).

Además del examen narrativo, se utilizó la investigación documental para caracterizar y comprender la producción de instrumentos jurídicos y el marco reglamentario e institucional del sector de la salud en ambos países. En el caso de España, puso en valor la pertinencia de ampliar el trabajo de campo mediante una consulta a personas expertas.

Se incorporaron al presente estudio los procedimientos de método y triangulación de datos porque se trataba de una estrategia inherente al propio diseño de la investigación, en la que se adoptaron múltiples pero independientes instrumentos de recopilación de material – revisión narrativa mediante investigación bibliográfica, investigación documental, investigación con aplicación de un cuestionario a los individuos. El uso de la triangulación buscaba una interacción simultánea y dinámica de los diferentes recursos metodológicos utilizados (MINAYO, 2010), y también proporcionaba el entrelazamiento de resultados de diferentes enfoques metodológicos, como la inserción de las opiniones de los encuestados del cuestionario en las interpretaciones de los resultados de la encuesta documental.

El camino metodológico de la investigación se integró durante tres momentos, en lo que respecta a la recopilación de materiales, que se esboza a continuación.

a) En primera instancia se realizó una revisión de literatura de la producción científica sobre la configuración de la política sanitaria en España, a partir de 2012, y en Brasil, a partir de 2016, para sustentar la interpretación analítica del despliegue de las medidas recesivas puestas en marcha a partir de 2008, y sus efectos en los sistemas de salud de ambos países.

La revisión de la producción científica fue realizada por medio de la búsqueda en las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual en Salud (BVS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); y SciVerse Scopus, mediante el uso del vocabulario estructurado y multilingüe DeCS – Descriptores en Ciencias de la Salud –, en los idiomas portugués, inglés y español. Como criterio de inclusión, fueron seleccionados: estudios sobre la configuración de la política sanitaria en España desde 2012 y en Brasil desde 2016; estudios en relación con el modelo asistencial y los desarrollos de las medidas recesivas en el ámbito del SNS, especialmente del Real Decreto Ley 16/2012 en España y Enmienda Constitucional 95/2016 en Brasil; estudios sobre las reacciones y/o estrategias adoptadas por la población que se enfrenta a dichas medidas. Se excluyeron los artículos que, al realizar un análisis sobre los sistemas de salud y/o la participación social en salud, no mencionaban los hitos jurídicos centrales del presente estudio.

b) En el caso español, se llevó a cabo un estudio documental que tuvieron como enfoque el análisis del Real Decreto Ley 16/2012, de 24 de abril de 2012 (ESPAÑA, 2012) y sus desarrollos, centrados en la aparición de protestas y manifestaciones de los movimientos sociales contra las medidas de desmantelamiento de la universalidad del derecho a la salud. Para complementar la información se aplicó un cuestionario de nueve preguntas abiertas con informantes clave, siguiendo un muestreo intencional no-probabilístico, en el que cinco personas expertas fueron seleccionadas y consultadas, en conformidad con el principio de búsqueda de diferentes perfiles vinculados a asociaciones/entidades profesionales y organizaciones de la sociedad civil (colectivos y plataformas ciudadanas), con presencia y participación activa en las movilizaciones y protestas sociales, en oposición a las medidas adoptadas en el sistema público de salud en España con la promulgación del Real Decreto 16/2012 (ESPAÑA, 2012), posteriormente derogado por el Real Decreto 7/2018 (ESPAÑA, 2018). El contenido del cuestionario incluía, en su primera parte, preguntas relativas a la opinión de los sujetos sobre el contexto sanitario en España, en el momento de la promulgación de dichos Real Decretos. La segunda parte se refiere a la respuesta popular y profesional con respecto a las medidas adoptadas sobre la base de esta norma jurídica. Los resultados obtenidos en esta encuesta de expertos se incorporaron a la interpretación de los resultados de la encuesta documental, realizada en España, con el apoyo de la estrategia de triangulación.

c) En el caso brasileño, se realizó un estudio documental de las respuestas del Consejo Nacional de Salud (CNS) a las medidas de austeridad aplicadas a la política de salud, con énfasis en la Enmienda Constitucional 95/2016 (Brasil, 2016), considerando el lapso de tiempo del estudio entre 2016 (cuando se inicia la Propuesta de Enmienda Constitucional – PEC 241/2016) e mayo 2020. Se realizó una búsqueda en los actos normativos del Consejo Nacional de Salud, a saber, resoluciones, recomendaciones y mociones disponibles en el sitio web del Consejo. También se realizó un seguimiento sobre las noticias publicadas en #Susconecta (<http://www.susconecta.org.br/>); este portal del Consejo Nacional de Salud, en asociación con la Fundación Oswaldo Cruz, del Ministerio de Salud, y otras entidades, reúne contenidos de diversas plataformas virtuales y mejora su integración a través de un único acceso, con el objetivo de sistematizar y poner a disposición el conocimiento existente, destacando y conectando las diferentes iniciativas virtuales y la presencia del Sistema Único de Salud, incluyendo eventos, oportunidades, redes y comunidades, experiencias, y una mediateca. Para establecer dicho seguimiento, se utilizaron los motores de búsqueda/palabras clave: «Emenda Constitucional 95»; «PEC 241/2016» (Propuesta de Enmienda Constitucional 241/2016); «PEC55/2016» (Propuesta de Enmienda Constitucional 55/2016); «Marcha» y «Manifestación».

La interpretación del conjunto de datos recopilados se realizó apoyada en elementos de análisis temático, contextualizados para su aplicación en estudios de investigación social en salud, dentro del enfoque de investigación cualitativa (MINAYO, 2010). Tras una primera lectura general del material recopilado, seguida de una organización preliminar, codificación y

categorización temática del contenido (revisión de la producción científica, estudio documental y cuestionario), se identificaron los temas emergentes y se establecieron las dimensiones del análisis.

El proceso de codificación fue triangulado entre los miembros del equipo, así como la identificación de temas interrelacionados. Los subsidios del análisis temático proporcionaron respuestas más completas y profundas al permitir comparaciones, mediante afinidades temáticas, de un material determinado, en observación, con el conocimiento de cuestiones similares previamente conocidas o experimentadas por los investigadores de este estudio.

El eje principal del proceso de estudio y análisis de la información fue la identificación de estrategias de movilización colectiva, acciones de protesta y en oposición a las medidas de austeridad en los sistemas de salud. Concretamente, los principales temas emergentes fueron: a) formas y estrategias de acción (principales acciones/actividades); b) principales demandas de los movimientos en relación con la pérdida de los derechos universales de salud; c) participantes y organizadores de las movilizaciones colectiva y acciones de protesta; y d) influencia y efectos de las movilizaciones colectivas y de las acciones de protesta en la agenda de políticas pública de salud.

## Resultados

### Real Decreto-Ley 16/2012 en España: el retroceso en el Sistema de Salud Universal y el derecho de la ciudadanía

La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986, establecieron el marco legal de un Sistema Nacional de Salud (SNS), de tipo Beveridgiano (Espanha 1986), basado en los principios de universalidad, integralidad y descentralización (Giovannella; Stegmüller, 2014; Padilla, 2019).

El proceso de transición a un sistema universal de salud implicó una reforma financiera que transformó el antiguo sistema orientado al seguro en un sistema financiado por los impuestos, siendo la Ley de Presupuestos Generales del Estado de 1999 otro hito en el establecimiento de la salud como un derecho de la ciudadanía (PADILLA, 2019). En 2002, la responsabilidad de la atención sanitaria se transfirió íntegramente a las 17 Comunidades Autónomas (CCAA), en las que se articula administrativamente el territorio español, dando lugar a un proceso de descentralización y autonomía político-administrativa (DURÁN; LARA; WEVEREN, 2006), y con una financiación que a partir de este momento se incluye en las transferencias generales del gobierno central, sin ningún tipo de vinculación, calculada en función de criterios demográficos y de los servicios públicos a cubrir (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

En 2012, en un contexto de crisis, el gobierno conservador del Partido Popular (PP) puso en marcha medidas para garantizar la sostenibilidad del SNS y promulgó el Real Decreto-Ley 16/2012, con el retorno a un modelo sanitario más restrictivo, vinculado al derecho a la atención sanitaria, para el modelo de aseguramiento (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014). Estudios teóricos previos e investigaciones empíricas sugieren que la crisis fue utilizada como pretexto para llevar a cabo reformas estructurales bajo la alegación de mejorar la eficiencia y la sostenibilidad financiera del sistema; aunque también se advierte de que otros intereses estuvieron presentes (RUIZ; SÁNCHEZ BAYLE, 2016; GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Entre las consideraciones destacadas por las personas consultadas para que el gobierno propusiera un cambio en el sistema de salud a través del Decreto-Ley 16/2012 se encuentran la retirada de derechos, facilitando la privatización y la implementación del sistema basado en el seguro. En palabras de una de las personas expertas consultada:

El primero (motivo) recortar la Sanidad Pública y el segundo favorecer su privatización. (R2)

El proceso se caracteriza por la falta de diálogo con la sociedad y los trabajadores y trabajadoras, los cuales no tienen una opinión sobre el cambio legal de un modelo universal de seguro, y presenta argumentos débiles e insuficientes por parte del gobierno para justificar

tales medidas. Estas cuestiones han sido analizadas en estudios teóricos sobre el tema, realizados en un período anterior (SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014; SUESS *et al.*, 2014) y también se han destacado por las personas consultadas. El siguiente extracto se refiere a esta observación:

Aunque las evidencias demostraban que (la reforma) no contenían el gasto ni generaban mayor eficiencia. (R1)

Los análisis teóricos coinciden con la posición de los sujetos de investigación al evaluar que el Real Decreto-Ley 16/2012 representó un retroceso para un Sistema de Salud universal y el derecho de ciudadanía, tal como lo han analizado Padilla (2019), Sánchez Bayle y Ruiz (2014) y Suss *et al.* (2014).

Para las personas consultadas, los cambios han logrado una prestación de atención sanitaria equitativa, la cual afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables, destacadamente los inmigrantes y los ancianos, efectos coincidentes con varios análisis realizados a lo largo de los últimos años (PADILLA, 2019; SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014; SUESS *et al.*, 2014).

Los siguientes extractos se refieren a estas observaciones:

Aquellas en problemas laborales, migrantes no regularizados ni contratados incluso españoles que habían trabajado y cotizado en otros países, no tenían derecho a la atención gratuita y le proponían facturas que pagar tras una atención. (R3)

Aunque se escribieron razones de cobertura sanitaria dirigidas a excluir personas que tenían seguros de origen o seguros privados, lo cierto es que excluyó a las personas más vulnerables y consiguió reducir el acceso a los medicamentos a los más pobres. (R4)

El cambio del modelo sanitario hacia una conformación de seguro se tradujo en la exclusión de significativos grupos de personas, principalmente inmigrantes indocumentados, extranjeros con estancia temporal en España, personas con más de 90 días de residencia fuera de España, entre otros. Además, se llevó a cabo un examen de la cartera de servicios, el cual se dividió en básicos, complementarios y suplementarios (los primeros de forma gratuita; en los otros dos, se estableció un copago). Dicha ampliación del copago se produjo en servicios como los farmacéuticos y otros complementarios (órtesis, prótesis) (SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014; PADILLA, 2019; LÓPEZ-FERNÁNDEZ *et al.*, 2012).

A fin de dilucidar dichos efectos, se enumeró el siguiente ejemplo, presentado por uno de las personas expertas consultadas en la investigación:

El efecto fundamental es que esos migrantes no acudían al sistema sanitario (por miedo a ser repatriados) padeciendo enfermedades, algunas graves y algunas contagiosas como la Tuberculosis, VIH, sífilis... Sólo se permitía su atención en situación de extrema gravedad, lo que es una aberración sanitaria, dejar progresar una enfermedad hasta que se haga grave, siendo posible la intervención precoz. Otra consecuencia es que muchas personas mayores con bajas pensiones tenían que decidir cada semana si comer o pagar medicinas. (R3)

Las declaraciones de los sujetos de la investigación aportan reflexiones sobre el carácter autoritario de las medidas, no solo en la toma de decisiones del Estado, sin consulta a los profesionales de la salud, a la población y a sus organismos representativos (SUESS *et al.*, 2014), sino también en una forma de abordar la atención sanitaria que atenta la autonomía de los profesionales y potencialmente fomentadora de actitudes xenófobas.

El período también se caracteriza por las condiciones laborales precarias y la privatiza-

ción de los servicios. La primera se expresa en recortes de personal, reducción y congelación de salarios, no sustitución de personal y aumento de las horas de trabajo (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014). La privatización de los servicios de salud se produce de forma diferente entre las Comunidades Autónomas (CCAA) y a través de múltiples configuraciones.

Las CCAA respondieron de manera diferente a los recortes presupuestarios y a la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012. Algunos de ellos, dependiendo de los gobiernos, siguieron atendiendo a los inmigrantes indocumentados, entre ellos cinco de estas CCAA, los cuales interpusieron un recurso de inconstitucionalidad contra esta legislación, característica reseñada por estudios realizados sobre este tema (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; RICO; BLAKEY, 2012; RUIZ; SÁNCHEZ BAYLE, 2016).

### **Movilización colectiva de protesta: el Real Decreto-Ley 7/2018 y el derecho a la salud en España**

La publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, sumado a los embates de la privatización de los servicios, provocó un amplio movimiento popular y profesional de resistencia y enfrentamiento a tales medidas. Este movimiento consiste en segmentos organizados de ciudadanos, profesionales de la salud y la sociedad en general, con sucesivas oleadas de protesta en las calles, siendo la más conocida las Mareas Blancas, por las batas blancas de los profesionales sanitarios (SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014; BORGES, FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; SUESS *et al.*, 2014).

Las movilizaciones incluyeron un grupo de movimientos sociales, sociedad civil, asociaciones profesionales, y sindicatos profesionales (Comisiones Obreras – CCOO; Unión General de Trabajadores – UGT), así como a la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Salud Pública, una plataforma en defensa del sistema público de salud, que aglutina a su vez fuerzas políticas, sociales, comunitarias y profesionales. Así pues, entre los organizadores los encuestados destacaron el papel de los sindicatos, de las organizaciones políticas de oposición y de las asociaciones de usuarios de servicios de salud y profesionales de la salud.

Las personas expertas encuestadas también señalan que existen diferencias en cada lugar, y esto pudo haber influido en la dinámica de participación y organización en el proceso, como se expresa en los siguientes extractos:

[...] las plataformas en defensa de la sanidad pública y en ellas la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y los sindicatos y asociaciones vecinales, aunque hubo mucha diferencia según cada lugar concreto. En un momento inicial el protagonismo fue de los trabajadores de la sanidad, luego de la población. (R2)

Variaron según región o Comunidad Autónoma. Por ejemplo, en Madrid estuvo muy ligada a los profesionales sanitarios que se movilizaron en defensa del sistema sanitario público porque su deterioro también les afectaba personalmente. En otros lugares las movilizaciones pudieron estar lideradas por movimientos sociales de defensa del derecho a la salud, pero ahora mismo no sabría decir quiénes han sido los protagonistas en cada momento. (R4)

Uno de los encuestados aludió a la fuerte presencia y participación de la población en la organización, y también sugirió que la participación de los profesionales no estaba a la altura de la expectativa deseada presentada en las plataformas. Además, considera haber una ausencia activa de los sindicatos de clase. La siguiente afirmación se refiere a esta observación:

Desgraciadamente los profesionales sanitarios (salvo en Madrid) no se han incorporado a estas plataformas. En Madrid, en donde la Marea Blanca llevaba años sin que los

profesionales apoyaran, cometieron el error de no pagar una extraordinaria de navidad, y entonces sí todas las organizaciones corporativistas se unieron a las protestas y consiguieron paralizarlas. [...] Hemos notado la falta activa de los sindicatos de clases en muchas ocasiones. (R3)

Este extracto presenta una situación no expuesta por otros encuestados, ni en los estudios analizados sobre el tema. En los informes de los otros encuestados y en las referencias teóricas anteriores, se presenta una situación distinta de este discurso. Como en el caso del estudio Ruiz y Sánchez Bayle (2016), se señala el papel central de los organismos de trabajadores (sindicato, asociaciones) en la organización y la participación en los movimientos en cuestión, así como la integración y el protagonismo de la sociedad civil organizada y los ciudadanos locales. Por otra parte, los análisis realizados en otros países señalan una tendencia según la cual el proceso de privatización de la política pública de salud y los cambios en la estructura contractual y las relaciones de trabajo de los profesionales han tenido efectos perjudiciales en la organización de los sindicatos y los profesionales de la defensa de la salud (ECHEVERRY-LÓPEZ; BORRERO-RAMÍREZ, 2015; BORRERO-RAMÍREZ; ECHEVERRY-LÓPEZ, 2011).

A esta tendencia se suma otra vinculada al segmento de la salud complementaria, con la creciente demanda empresarial de planes de salud, incluidos los segmentos de trabajadores de los servicios públicos, limitando la representación sindical a las expectativas de su base de apoyo (SANTOS, 2018). El movimiento contó con manifestaciones callejeras, peticiones, paralizaciones, desobediencia civil, ocupaciones de centros de salud, vigilias, consultas populares, acciones ciudadanas de lo más variado en defensa de los servicios públicos, sin olvidar el papel de la Justicia y el Parlamento (SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014). Se utilizaron diferentes estrategias y se hizo una distinción entre las CCAA (BORGES; FERNANDEZ; CAMPOS, 2018).

Para las personas expertas consultadas, los principales elementos que facilitaron las movilizaciones se centraron en las siguientes estrategias: a) la articulación de los sectores profesionales con la población, b) la conciencia de que la pérdida de derechos afectaría un gran número de la población y no solo a una parte específica, c) la legitimidad de las entidades y asociaciones las cuales trabajan con grupos de población en situación de vulnerabilidad social contribuye a la circulación de la información, y d) la conciencia social motiva las acciones colectivas; de hecho, las movilizaciones organizadas por los afectados por las medidas tuvieron más éxito.

En cuanto a los factores obstaculizadores de la participación más amplia en las movilizaciones y acciones de protesta, los sujetos de la encuesta destacaron: a) el individualismo de la sociedad reforzado por los medios de comunicación, b) el hecho de que los medios de comunicación en España en gran medida fomentan el discurso en contra de las manifestaciones y los movimientos de resistencia y protesta, y c) el reconocimiento por parte de la población de que los organizadores de las movilizaciones están vinculados a una división social de izquierda, o al menos a una gran parte de sus portavoces y dirigentes, hace que la gente, no identificada con el diseño atribuido a los líderes, ya no participe en las movilizaciones, aunque estén de acuerdo con las reivindicaciones. De ahí que los partidos de izquierda no hayan sido capaces de mantener la unidad y el liderazgo para avanzar en las propuestas de cambio.

En cuanto a los principales logros de las movilizaciones sociales y profesionales, las respuestas de los sujetos de la investigación destacaron los siguientes aspectos: a) visibilidad y recuperación de la hegemonía social y profesional sobre la necesidad de defender el derecho universal a la salud, b) revocación del Real Decreto Ley 16/2012 y restitución del derecho a la salud a toda la población residente en el país, c) interrupción de la privatización de algunos servicios, articulación y denuncia del empeoramiento de las normas a las organizaciones europeas e internacionales de derechos humanos, d) contribución a los cambios políticos regionales y en el gobierno central. Sin embargo, también se observaron los siguientes aspectos: e) la legislación ha sido parcialmente modificada, f) los gobiernos centrales y regionales han aprendido a adoptar medidas de privatización más graduales y silenciosas, y g) la defensa del sistema de salud tiene a menudo un enfoque restringido en el acceso a ciertas tecnologías y servicios de

atención para reducir al mínimo los daños, sin lograr un alcance más amplio y completo del derecho a la salud.

La literatura sobre el tema sugiere que las movilizaciones y acciones de protesta han logrado detener las propuestas del Real Decreto-Ley 16/2012, con significativos retrocesos en las iniciativas de privatización del sector, con énfasis en: amplio apoyo popular y profesional contra la privatización de la salud y defensa del modelo de sistema de salud universal.

Se destacaron los riesgos de la gestión empresarial privada en la gestión pública, los problemas de acceso a los servicios de salud, como las listas de espera, la precariedad de los servicios y las condiciones de trabajo y la desfinanciación del sector. Otro punto relevante fue la incorporación en la agenda de las organizaciones políticas e instituciones que representan los riesgos de la privatización para el desmantelamiento del sistema público de salud (SÁNCHEZ BAYLE; RUIZ, 2014). En este sentido, Borges, Fernández y Campos (2018) señalan el significativo compromiso asumido por los partidos políticos en sus programas de gobierno en las elecciones de 2015 (con la excepción de PP y Ciudadanos) con las Asociaciones Ciudadanas, integrantes de las Mareas Ciudadanas, en la intención de promover la universalización de la salud.

En el escenario de disputas y tensiones, en el año 2018, con un gobierno socialdemócrata (Partido Socialista Obrero Español – PSOE), se retoma, a través de una nueva legislación, el concepto de universalidad del Sistema Nacional de Salud con la promulgación del Real Decreto 7/2018 (ESPAÑA, 2018). Se cambia el concepto de garantía, y la salud se vincula ahora de nuevo a una condición de ciudadanía. Sin embargo, hay, en la evaluación de algunos estudiosos como Padilla (2019), reminiscencia del modelo anterior. Para el autor, la redacción del texto, a pesar de la prerrogativa de universalidad, excluye a ciertos colectivos, como los familiares reagrupados y los residentes que llevan menos de noventa días en el país. Además, el autor se refiere a una situación única en el sistema, que es la existencia de un régimen mutualista especial para un grupo selecto de personas, incluidos los jueces y el personal militar.

De ese modo, las personas consultadas se muestran satisfechos cuando se les pregunta por el éxito de las Mareas Blancas y otras movilizaciones, ya que consideran que la lucha por los derechos es permanente, paso a paso, y requiere una preparación constante:

Por lo tanto, sí han tenido éxito, aunque el que trabaja en activismo social es consciente de que su papel es de hormiguita y no de elefante. (R3)

Si no se planifica una preparación y respuesta adecuada y permanente los riesgos se mantienen. (R4).

## **El Consejo Nacional de Salud en Brasil: la lucha contra la Enmienda Constitucional 95/2016**

En Brasil, la Constitución Federal de 1988 (BRASIL, 1988) reconoció el derecho universal a la salud y constituyó la base para la creación de un Sistema Único de Salud (SUS), basado en principios éticos y directrices doctrinales democráticas, entre los que se encuentran la universalidad, la igualdad de acceso, la integralidad, la jerarquía y la participación comunitaria.

El SUS está compuesto por un conjunto organizado y articulado de acciones y servicios de salud, que integran las organizaciones públicas de salud de las esferas municipal, estatal y federal. También abarca los servicios privados, cuando estos se contratan o se acuerdan como recursos complementarios para este fin. Sin embargo, el sistema oficial no se limita a prestar servicios de atención: es un sistema complejo, cuya principal tarea es articular y coordinar las acciones de promoción y protección de la salud (prevención), junto con las acciones de curación y rehabilitación

El principio de la participación comunitaria refleja el deseo de una democracia participativa, por parte de los actores sociales, con influencia decisiva de los ciudadanos en la definición y aplicación de la política sanitaria. Tras la promulgación de la Constitución Federal de 1988 (BRASIL, 1988), el país estableció la legislación de regulación constitucional en materia de salud. Fueron definidos dos mecanismos institucionalizados de participación social en la salud

por medio de la Ley Federal 8142 de 1990 (BRASIL, 1990), que regula la Constitución Federal de 1988 (BRASIL, 1988): los Consejos de Salud y las Conferencias de Salud. Los Consejos y Conferencias se constituyen en foros formales para el ejercicio de la democracia participativa, en las tres esferas de gobierno, y establecen nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil.

Los Consejos de Salud son órganos colegiados permanentes y deliberativos. Actúan como una instancia de participación social, con la función de formular estrategias, controlar y supervisar la aplicación de la política sanitaria. Su composición es paritaria y cuentan con representantes de los usuarios, los trabajadores de la salud, los administradores del sistema público de salud y los proveedores de servicios de salud privados.

Se convocan periódicamente las Conferencias sobre la Salud con el fin de establecer directrices y comunicar los diferentes intereses relacionados con la formulación de una plataforma normativa común de políticas (FLEURY, 2011). Sin embargo, los preceptos legales no fueron suficientes para la consolidación de un sistema público de salud, universal, igualitario, integral y de calidad. La sociedad y el Estado no tomaron al SUS como una prioridad, y el contexto neoliberal exacerba la superposición de los intereses del mercado y la generación de ganancias para el capital (TEIXEIRA; PAIM, 2018; MIRANDA, 2017).

Recientemente las medidas de austeridad, especialmente a partir de 2014, han colocado al SUS en una encrucijada que parece superar los retos que ha experimentado desde 1990, considerados por Teixeira y Paim (2018) como golpes asestados contra el SUS, entre los ya efectivos: a) apertura de la salud al capital extranjero, b) Proyecto de Ley de Tercerización, c) ampliación del Desacoplamiento de los Ingresos de la Unión (DRU), más el Desacoplamiento de los Ingresos de los Estados (DRE) y el Desacoplamiento de los Ingresos de los Municipios (DRM), d) rechazo a la Enmienda Popular de Salud + 10, e) presupuesto fiscal, f) reconocimiento de la constitucionalidad de las Organizaciones Sociales, y g) Propuesta de Enmienda Constitucional (PEC 241/2016), aprobada como Enmienda Constitucional 95/2016, que es a la postre el objeto central de este análisis.

## **La Enmienda Constitucional 95/2016: resistencia para la sostenibilidad del Sistema Único de Salud**

La financiación del sistema de salud brasileño se realiza a través de impuestos generales, contribuciones sociales (impuestos para programas sociales específicos), desembolso directo y gastos de salud de los empleadores. Las fuentes de financiación del SUS son los ingresos estatales y las contribuciones sociales de los presupuestos federales, estatales y municipales. Otras fuentes están representadas por los gastos de salud, a través de los desembolsos directos de los individuos y los gastos de salud de los empleadores (PAIM *et al.* 2011, p. 20).

El Sistema Único de Salud ha tenido históricamente insuficiente financiación debido a la inestabilidad o a la insuficiencia de recursos para la salud y a la reducción de la reglamentación. La previsión de los recursos definida en la institución del SUS, no ha sido efectiva. El sistema público tiene un volumen de recursos inferior al necesario para satisfacer las necesidades de salud de la población, factor que compromete la universalidad y la exhaustividad del sistema (PAIM *et al.* 2011, p. 21).

La tensión económica y política de esta crisis llevó, en 2016, a la destitución de la presidenta Dilma Rousseff a través de un golpe institucional (JINKINGS; DORIA; CLETO, 2016), y su vicepresidente, Michel Temer, cuando asumió el cargo, tomó rígidas medidas de ajuste fiscal para el control de los gastos, lo que dio lugar a la reducción de la financiación en varias áreas, debilitando el Sistema de Seguridad Social en su conjunto.

En el Gobierno de Michel Temer se elaboró y presentó al Congreso Nacional, en 2016, la Propuesta de Enmienda Constitucional (PEC) 241, que, después de ser aprobada, pasó a ser conocida como Enmienda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016). Con la aprobación de esta enmienda se instituyó el llamado «Nuevo Régimen Fiscal», en el que se congeló el techo del gasto federal en salud por veinte años, a partir de diciembre de 2016. Las medidas contenidas afectaron directamente a la financiación del SUS, ya que a) desvincularon los gastos con acciones y servicios públicos de salud (ASPS) de los ingresos corrientes netos, b) provocaron una pérdida

de recursos en relación con las normas existentes para vincular las Enmiendas Constitucionales 29/2000 y 86/2015, vigentes hasta entonces, c) redujeron el gasto público per cápita en salud, d) liberaron a los gobiernos de la obligación de asignar más recursos a la salud en contextos de crecimiento económico, e) aumentaron las desigualdades en el acceso a los bienes y servicios de salud, y f) ampliaron las dificultades para la realización del derecho a la salud en el Brasil (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

El proceso de tramitación de la EC 95/2016 se produjo en 2016, bajo la Propuesta de Enmienda Constitucional 241, en la Cámara de Diputados, y 55 – Propuesta de Enmienda Constitucional número 55 (PEC 55/2016) en el Senado Federal, cristalizando la constitucionalización-desfinanciación del SUS, con su aprobación el 5 de diciembre de 2016.

Recientemente, en el 2019, en el contexto político y económico del gobierno de extrema derecha, bajo la presidencia de Jair Bolsonaro, los estudios señalaron un escenario poco prometedor para la sostenibilidad del SUS; los análisis sugieren el deterioro de los indicadores de salud y la profundización de las desigualdades, si no se asegura, entre otras medidas gubernamentales, un financiamiento público suficiente y su asignación eficiente (CASTRO *et al.* 2019).

El proceso de tramitación del EC 95/2016 se caracterizó por la ausencia de diálogo con la sociedad y por la realización de intensas protestas, huelgas, ocupaciones de espacios públicos, en las que participaron diferentes segmentos, como sindicatos, entidades de la sociedad civil organizada, consejos de políticas públicas, movimiento estudiantil y otros. Al no restringir la financiación solo en el ámbito de la salud, sino también en otras políticas sociales, como la de asistencia social y la de educación, ha movilizó a diferentes segmentos organizativos de la sociedad de forma articulada y/o también sectorial, siguiendo el ejemplo del movimiento estudiantil, que ha llevado a cabo una serie de protestas y ocupaciones de espacios públicos (escuelas y universidades públicas).

En el área de la salud, y tomando como referencia el CNS, la encuesta de noticias publicada en el sitio web #Susconecta se obtuvieron los siguientes resultados por buscador/palabras clave: «Emenda Constitucional 95» (217 noticias); «PEC 241» (45 noticias); «PEC 55» (75 noticias); «Marcha» (36 noticias); «Manifestação» (30 noticias), totalizando 403 noticias. Por análisis de las noticias, se excluyeron 361 por duplicación e impertinencia temática (las noticias que mencionaban EC 95, PEC 241, PEC 55 no describían la actividad/actuación del CNS), seleccionándose 42 noticias, que incluyen, entre otras categorías: marcha; manifestación de protesta; vigilia cívica; actos públicos; peticiones; cartas, notas, llamamientos y manifiestos públicos; audiencias públicas en el parlamento, participación en reuniones, seminarios, foros; actividad de formación política y otros (Tabla 1).

**Tabla 1** – Actividades y acciones colectivas organizadas o que tuvieron la participación del Consejo Nacional de Salud – CNS en oposición a la Enmienda Constitucional – EC 95/2016 (Propuesta de Enmienda Constitucional – PEC 241/2016), teniendo como referencia noticias publicadas en la web #Susconecta, en el período de diciembre/2016 a mayo/2020.

Legislativo, Judicial, Ejecutivo, Fiscalía Pública	
Tipo de acción/actividad	Descripción
Articulación con los parlamentarios	Articulación con el Frente Parlamentario Conjunto en Defensa del Sistema Único de Salud (SUS) que presentó un mandamiento judicial ante el Supremo Tribunal Federal (STF), solicitando la suspensión del proceso de la Ley de Directrices Presupuestarias (LDO) de 2017, por inconstitucionalidad en el artículo 3 de la materia, el cual repite el texto de parte de la Propuesta de Enmienda Constitucional – PEC 241/2016 y establece un techo para el gasto público de la Unión con la desvinculación de los ingresos para la salud y la educación. Agosto, 2016.

La participación en las audiencias públicas en la Cámara o el Senado	Comisión del Senado sobre Derechos Humanos y Legislación Participativa (CDH). Agosto, 2016.
	Presentación de un estudio de la Comisión Intersectorial de Presupuesto y Financiación (Cofin) del CNS en la reunión del Pleno de la Comisión de Constitución y Justicia de la Cámara de Diputados. Octubre, 2016.
	Audiencia pública celebrada por la Comisión de Seguridad Social y Familia de la Cámara de Representantes. Noviembre, 2016.
	Audiencia pública en el Subcomité de Salud de la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Representantes. Agosto, 2019.
Movilización y coordinación con los parlamentarios	Movilización de las fuerzas sociales a los bancos de diputados y senadores de los respectivos estados a favor de la agenda de financiación del SUS, la seguridad social y la educación. Octubre, 2016.
Carta a los parlamentarios	Una carta del CNS a los líderes de los bloques y partidos políticos en la Cámara de Diputados pidiendo el rechazo de la Propuesta de Enmienda Constitucional – PEC 241/2016 en el momento de su votación. Octubre, 2016.
Nota al Gobierno Federal	Nota al Gobierno Federal explicando los impactos del PEC 241/2016. Octubre, 2016.
Participación en los debates con los gestores públicos	34º Congreso Nacional de Secretarías Municipales de Salud y el 6º Congreso Norte y Nordeste, gestores y gestores de salud. Julio, 2018.
	20ª, 21ª y 22ª Marcha a Brasilia en Defensa de los Municipios (celebrados en 2016, 2017, 2018, respectivamente).
Participación en debates, reuniones con el MPF y la Fiscalía Federal	Reunión del Grupo de Trabajo de Salud del Procurador Federal de los Derechos del Ciudadano. Octubre, 2016.
	Participación en un debate sobre «El SUS y el Pacto Federativo», celebrado por el Consejo Superior del Ministerio Público Federal (MPF). Abril, 2018.
	Participación en el Seminario del MPF: Diálogos Institucionales y Eficacia de las Políticas Públicas de Salud. Noviembre, 2019.
Participación en reuniones y presentación de estudios	Presentación de un estudio sobre la PEC 241/2016 por el Comisión Intersectorial de Presupuesto y Financiamiento (Cofin) del CNS en una reunión celebrada en el Pleno de la Comisión de Constitución y Justicia de la Cámara de Diputados. Octubre, 2016.
Entrega de peticiones al STF	Entrega de las peticiones al STF contra la Enmienda Constitucional 95/2016, lanzada en 2017, con 70 mil firmas. Abril, 2018.
Carta pública	Carta pública del CNS a los candidatos a las elecciones de 2018 en la que se solicita el compromiso de los elegibles para defender el SUS y una posición pública contraria a las medidas fiscales y económicas de desfinanciación del SUS, en particular la Enmienda Constitucional 95/2016. Mayo, 2018.
Audiencia con STF	Audiencia con el presidente del STF que declara el apoyo al SUS, y posición contraria a la Enmienda Constitucional 95/2016. Febrero, 2019.
Información a AGU	Envío de información a la Abogacía General de la Unión (AGU) sobre los efectos de la EC 95/2016 en la confrontación del Coronavirus, en cumplimiento de la solicitud del STF. Marzo, 2020.
Nota pública	Nota pública al Ejecutivo, Legislativo y Judicial sobre la financiación del SUS, solicitando la derogación del EC 95/2016. Marzo, 2020.
Solicitud para el CNS convertirse en un <i>amicus curiae</i> (colaborador) en el STF.	El CNS hizo que el STF aceptara su solicitud de convertirse en <i>amicus curiae</i> (colaborador) de las Demandas Directas de Inconstitucionalidad (ADI) que se están tramitando en el STF. Las acciones 5715, 5658 y 5680 piden la suspensión y revocación inmediata de la enmienda que impuso el «tope de gastos» y congeló las inversiones en políticas sociales hasta el año 2036. Mayo, 2020.

Llamamiento público en el STF	Llamamiento público a los ministros del STF para el fin de la Enmienda de Tope de Gastos (EC 95/2016), presentado al STF a través de un documento que analiza los efectos de la Enmienda frente a la pandemia Covid-19 y el escenario post pandémico. Mayo, 2020.
Manifiestos Públicos, Moción de Repudio	
Manifiesto público	Manifiesto del CNS en defensa del SUS (contra PEC 241/2016). Julio, 2016.
Moción de repudio	Aprobación de una moción de repudio a la EC 95/2016 con motivo de la 1ª Conferencia Nacional de Salud (CNVS). Marzo, 2018.
Moción de repudio	Nota de repudio del CNS a la Procuraduría General de la República (PGR), en las respuestas a las solicitudes de Acción Directa de Inconstitucionalidad (ADI) sobre la EC 95/2016, especialmente en lo que se refiere a la reducción de los pisos de aplicación en salud y educación. Noviembre, 2018.
Manifestaciones colectivas: actos públicos, marchas, protestas y otros	
Marcha	2ª Marcha en Defensa de la Salud, la Seguridad y la Democracia, Julio 2016. (La primera marcha en defensa del SUS tuvo lugar en diciembre, 2015, como actividad inicial de la 15ª Conferencia Nacional de Salud. A partir de la 2ª Marcha se amplía el alcance de las reivindicaciones, incorporando, además de la defensa del SUS, la defensa de la Seguridad Social, que incluye los derechos sociales, la Previsión y la Asistencia Social). Julio, 2016.
	3ª Marcha en defensa de la salud, la seguridad y la democracia. Diciembre, 2016.
	4ª Marcha em Defesa da Saúde, da Seguridade e da Democracia. (Marcha com Ato público de entrega de abaixo-assinados contra EC 95/2016 ao STF). Abril, 2018.
Manifestación de protesta	Manifestación de protesta en la que participaron consejo de salud, estudiantes y otros movimientos con motivo de la aprobación de la PEC 241, en el comité especial de la Cámara de Diputados. Octubre de 2016.
Vigilia cívica	Vigilia cívica nacional contra la PEC 241/2016. Octubre, 2016.
Movilización de los consejos estatales y municipales	Movilización de los consejos de salud estatales y municipales a través de una reunión, simultáneamente para discutir las pérdidas representadas por la PEC para el SUS. Noviembre, 2016.
Acto público	Acto público con motivo del 3er Simposio Brasileño de Vigilancia Sanitaria – SIMBRAVISA. Noviembre, 2016.
Petición	Lanzamiento de la petición contra la EC 95/2016. Julio, 2017.
Acto público	Acto público dentro de la programación de la 21ª Plenaria Nacional de Consejos de Salud/2018, en el que participaron diversos segmentos de los movimientos sociales, consejeros de salud (estados y municipios) en el momento de la entrega de los suscritos en el STF. Abril, 2018.
Acto Público	Acto público en defensa del SUS con motivo de la 16ª Conferencia Nacional de Salud (8+8). Agosto, 2019.
Talleres de capacitación para el control social (Tema específico – financiación)	Taller macroregional sobre presupuesto y financiación promovido por el Comisión Intersectorial de Presupuesto y Financiación (Cofin) del CNS. 2019.
Seminario Nacional	Seminario Nacional sobre Presupuesto y Financiación del SUS. Octubre, 2019.
Acciones de movilización en las redes sociales	Acciones de movilización a través de redes sociales contra el desmantelamiento del SUS en el que participan el CNS y los consejos estatales y municipales con motivo de la pandemia del Covid-19. Marzo, 2020.
Participación en debates en seminarios, reuniones y foros	

Debate	22ª y 7ª Semana Universitaria en la Universidad de Brasilia (UnB). Octubre, 2017.
Debates y otras actividades colectivas	Acciones durante el Foro Social Mundial 2018, Foro Social Mundial sobre Salud y Seguridad Social. Marzo, 2018.
Debate	1ª Conferencia Nacional Libre de Juventud y Salud Gratuita (1ª CNLJS). Noviembre, 2018.
Otros vínculos con entidades y organizaciones de la sociedad	
Audiencia pública/carta firmada por 54 instituciones	Audiencia pública en el Colegio de Abogados de Brasil. Una de las remisiones fue una carta firmada por 54 instituciones y entidades de representación nacional en la que se pide a las autoridades que den prioridad al presupuesto federal para el Sistema Público de Salud. Agosto, 2016.
Aviso con solicitud de apoyo	Comunicación en la que se solicita el apoyo de la Organización de las Naciones Unidas para la Revocación de la EC 95/2016, en la que participan organizaciones, foros, redes, plataformas de la sociedad civil, consejos de derechos e instituciones de investigación académica de la sociedad civil brasileña, además del CNS, ante el empeoramiento de la pandemia del Covid-19. Abril, 2020.

**Fuente:** Elaboración propia, 2020.

En cuanto a los actos normativos del CNS, se seleccionaron y analizaron: 2 Resoluciones (Resolución 534, de 19/Agosto/2016) y Resolución 614, de 15 de febrero de 2011); 5 Recomendaciones (Recomendación 018, de 9 de diciembre de 2011; Recomendación 008, de 10 de marzo de 2011; Recomendación 036, de 23 de agosto de 2011; Recomendación 027, de julio de 2011; Recomendación 041, de 13 de septiembre de 2011); y 2 Mociones (Moción de Repudio 002, de 5 de mayo de 2011; Moción de Repudio 003, de 17 de mayo de 2011).

Los resultados revelan que las estrategias de resistencia del CNS, a diferencia de la EC 95/2016, se dieron de manera sectorial, pero también de manera significativa en la articulación con sectores y organizaciones de otras políticas sociales. Instrumentos legales involucrados del propio CNS y fuera de él (Resoluciones, Recomendaciones, Mociones, Peticiones y Audiencias Públicas), fueron destinados a los poderes ejecutivo, legislativo, judicial, además de las instancias de participación social en el SUS en los estados y municipios. También se utilizaron estrategias tradicionales de movilización social, con más participantes, como marchas, actos públicos, campañas en los medios de comunicación social. En algunas de las movilizaciones colectivas, el CNS fue el principal organizador, y en otras, como participante articulado en la propuesta y organización junto con otros segmentos organizados de trabajadores, movimientos sociales y populares.

En el análisis de las mociones, resoluciones y recomendaciones, así como de las noticias publicadas en la página web #Susconecta, las bases argumentales de la oposición a la EC 95/2016 (PEC 241/2016 o PEC 55/2016 según la Casa Legislativa) se fundamentan en los siguientes elementos: 1) la EC 95/2016 se coloca en oposición a los preceptos legales brasileños que determinan la salud como derecho de ciudadanía y deber del Estado y la defensa de los principios rectores del SUS: universalidad, integralidad, participación social, igualdad en la atención de salud y organización de los servicios públicos; y 2) la EC 95 profundiza la crónica falta de financiamiento del SUS y beneficia el sector privado, que ya acumula ventajas en la disputa del Fondo Público, como la Desconexión de los Ingresos de la Unión (DRU), las exenciones de ingresos en general, las exenciones tributarias a los servicios y los planes privados de salud. Defensa de una financiación adecuada de la seguridad social y la educación.

El estudio realizado sugiere un énfasis del CNS en el uso de estrategias de resistencia y movilización en oposición a la EC 95/2016 dentro de la institucionalidad del estado, pero también estaba inmersa en otras agendas de salud y otras luchas sociales. Algunas de las acciones colectivas que fueron más amplias, como marchas y actos públicos, se articularon a otra actividad y/o evento organizado por el CNS, como la Plenaria Nacional de Consejos de Salud, entidades y movimientos sociales y populares. En este tipo de acción colectiva, fue evidente

el protagonismo del CNS en la organización de actividades y la fuerte presencia de consejeros municipales y estatales.

Los consejos presentan una formación paritaria, que contempla segmento de usuarios (entidades/organizaciones de la sociedad civil organizada, movimientos sociales y populares) y organizaciones de trabajadores de la salud. Sin embargo, no fue posible identificar cómo estas entidades/organizaciones se movilizaron en las luchas libradas contra la EC 95/2016 en las actividades/acciones colectivas del CNS, además de sus representantes.

## Consideraciones Finales

Las medidas de austeridad en España y el Brasil, presentaron como eje común el ataque a los sistemas de salud universales, las medidas gubernamentales para beneficiar el mercado y la privatización de la salud, la falta de diálogo entre el Estado y la sociedad civil y la regresión de la salud como derecho social.

En el caso de España, los resultados sugieren que las movilizaciones y acciones de protesta, entre ellas las Mareas Blancas, han alcanzado logros de alto alcance político con retrocesos en las iniciativas de privatización del sector salud y la reanudación de la concepción de universalidad del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, hay una reminiscencia del modelo anterior y las tensiones y controversias con el sector privado siguen estando presentes.

En el caso brasileño, las movilizaciones, las acciones colectivas, los actos normativos del Consejo Nacional de Salud, en oposición a la Enmienda Constitucional (EC) 95/2016, fueron sustanciales, pero no suficientes en el contexto del retiro de los derechos impuestos por el Nuevo Régimen Tributario. En Brasil, la orientación política del gobierno federal y del congreso nacional ha sido muy desfavorable durante los últimos cinco años y, en España los éxitos son inspiradores, pero no suficientes, exigiendo en ambos casos una revitalización de las luchas por el derecho universal a la salud.

Reforzar que los espacios de luchas son necesarios y fundamentales. Pero al mismo tiempo hay que construir espacios de articulación y unión de las luchas para que vayan más allá de las discrepancias y diferencias, con el fin de construir respuestas globales y poder trabajar de forma más sincronizada a la hora de enfrentar y superar los desafíos comunes.

## Referencias

BAUM, F.; SANDERS, D.; NARAYAM, R. O movimento global pela saúde dos povos. O que é o Movimento pela Saúde dos Povos? **Saúde em Debate**, n. 44 (spe1), 2020. p. 11-23. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020s101>. Acesso em: 10/02/2021.

BORGES, F. T.; FERNÁNDEZ, L. A. L.; CAMPOS, G. W. de S. Políticas de austeridade fiscal: tentativa de desmantelamento do Sistema Nacional de Salud da Espanha e resistência cidadã. **Saúde e Sociedade**, n. 27 (3), 2018. p. 715-728. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180043>. Acesso em: 10/02/2021.

BORRERO-RAMÍREZ, Y. E.; ECHEVERRY-LÓPEZ, M. E. Luchas por la salud en Colombia: una propuesta teórica para su análisis. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, n. 10 (21), 2011. p. 62-82.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 191-A, seção 1, out. 1988. Disponibilidade em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 18/01/2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Emenda Constitucional n. 95/2016. **Diário Oficial da União**, 241, seção 1, dez. 2016. Disponibilidade em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm). Acesso em: 18/01/2021.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei n. 8.142/1990. **Diário Oficial da União**, 249, seção 1, p. 25.694, dez. 1990. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm). Acesso em:

17/01/2021.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G.; *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, n. 394 (10195), 2019. p. 345-356. Disponibilidade em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 10/01/2021.

CORDILHA, A. C.; LAVINAS, L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23 (7), 2018. p. 2147-2158. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.11422018>. Acesso em: 12/01/2021.

DURÁN, A.; LARA, J. L.; WEVEREN, M. V. Spain: health system review. **Health Systems in Transition**, n. 8 (4), 2006. p. 1-208.

ECHEVERRY-LÓPEZ, M. E; BORRERO-RAMÍREZ, Y. E. Protestas sociales por la salud en Colombia: la lucha por el derecho fundamental a la salud, 1994-2010. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 31 (2), 2015. p. 354-364. Disponibilidade em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00030714>. Acesso em: 13/01/2021.

ESPAÑA. [Gobierno]. Jefatura del Estado. Ley 14/1986. **Boletín Oficial del Estado**, n. 102, abr. 1986. BOE-A-2015-3442. Disponibilidade em: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>. Acesso em: 20/01/2021.

\_\_\_\_\_. [Gobierno]. Jefatura del Estado. Real Decreto-ley 16/2012. **Boletín Oficial del Estado**, n. 98, abr. 2012. BOE-A-2012-5403. Disponibilidade em: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>. Acesso em: 20/01/2021.

\_\_\_\_\_. [Gobierno]. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 4/2015. **Boletín Oficial del Estado**, n. 77, mar. 2015. BOE-A-2015-3442. Disponibilidade em: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>. Acesso em: 20/01/2021.

\_\_\_\_\_. [Gobierno]. Jefatura del Estado. 2018. Real Decreto-ley 7/2018. **Boletín Oficial del Estado**, n. 183, jul. 2018, BOE-A-2018-10752. Disponibilidade em: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-10752&p=20180730&tn=1>. Acesso em: 21/01/2021.

FLEURY, S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. Comentário. Saúde no Brasil. **The Lancet**, 2011. p. 4-5.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 30 (11), 2014. p. 2.263-2.281. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00021314>. Acesso em: 21/02/2021.

JINKINGS, I.; DORIA, K.; CLETO, M. (Orgs.). **Por que gritamos golpe?** São Paulo: Boitempo, 2016.

LAURELL, A. C. La política social y de salud en América Latina: un campo de lucha política. **Cadernos de Saúde Pública**, 33, supl. 2, 2017. p. e00043916. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00043916>. Acesso em: 20/02/2021.

LEVCOVITZ, E; COUTO, M. H. Sistemas de saúde na América Latina no século XXI. *In: Observatório internacional de capacidades humanas, desenvolvimento e políticas públicas: tendências recentes das políticas sociais na América Latina: estudos e análises*, 3. Organização Roberto Passos Nogueira. Brasília: UnB; Ob-servaRH; Nesp; Nethis, 2018. p. 97-118.

LÓPEZ-FERNÁNDEZ, L. A; *et al.* ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacio-

nal de Salud? **Gaceta Sanitaria**, n. 26 (4), 2012. p. 298-300. Disponibilidade em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.001>. Acesso em: 21/01/2021.

MACHADO, C. V. Políticas de Saúde na Argentina, Brasil e México: diferentes caminhos, muitos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23 (7), 2018. p. 2.197-2.212. Disponibilidade em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.08362018>. Acesso em: 21/02/2021.

MATOS, A. R. A importância da participação cidadã nas políticas de saúde: o caso da reestruturação dos serviços de saúde materno-infantil em Portugal. **Saúde e Sociedade**, n. 20 (3), 2011. p. 604-616. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300007>. Acesso em: 19/02/2021.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, A. S de. A reforma sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde em Debate**, n. 41 (113), 2017. p. 385-400. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711304>. Acesso em: 19/02/2021

PADILLA, J. *¿A quién vamos a dejar morir? Sanidad pública, crisis y la importancia de lo político*. Madrid: Capitán Swing, 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 23 (6), 2018. p. 1.723-1.728. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 19/02/2021

\_\_\_\_\_. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Séries. Saúde no Brasil, n. 1, 2011. p. 11-31.

RICO, A.; BLAKEY, E. El impacto de la crisis en sanidad: recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos. In: **Informe España**, 2012. Madrid: Fundación Encuentro, 2011. p. 173-233.

RUIZ, S. F.; SÁNCHEZ BAYLE, M. España: grandes retrocesos en el sistema sanitario con algunas expectativas de mejora. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, n. 10 (1), 2020. p. 59-73. Disponibilidade em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1870>. Acesso em: 23/01/2021.

SÁNCHEZ BAYLE, M.; RUIZ, S. F. Movilizaciones sociales y profesionales en España frente a la contrarreforma sanitaria. **Saúde em Debate**, n.38 (103), 2014. p. 886-899. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140078>. Acesso em: 24/01/2021.

SANTOS, R. T. Dilemas públicos e demandas corporativas: a reforma sanitária e a ação sindical. In: **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Organização Sônia Fleury, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 221-246

SERAPIONI, M. Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 33 (9), 2017. p. e00170116. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00170116>. Acesso em: 24/01/2021.

SUESS, A.; PEREZ, I. R.; AZAROLA, A. R.; CERDA, J. C. M. El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: la perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. **Gaceta Sanitaria**, n. 28 (6), 2014. p. 461-469. Disponibilidade em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.06.008>. Acesso em: 26/01/2021.

TEIXEIRA, C. F. de S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, n. 42 (spe2), 2018. p. 11-21. Disponibilidade em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s201>. Acesso em: 27/01/2021.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. e. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016.

Recebido em 22 de fevereiro de 2021.

Aceito em 20 de março de 2021.