

Privatización y financiarización en salud: procesos políticos y conceptos

Health-care privatization and financialization: Political processes and concepts

Luzuriaga, María José; Sestelo, José Antonio de Freitas

 **María José Luzuriaga**
mariajoseluzuriaga@gmail.com
Universidad Nacional de Lanús. Departamento de
Salud Comunitaria, Argentina
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de
Estudos em Saúde Coletiva, Brasil
Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de la
Salud, Argentina

 **José Antonio de Freitas Sestelo**
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de
Estudos em Saúde Coletiva, Brasil

**FACES. Revista de la Facultad de Ciencias
Económicas y Sociales**
Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina
ISSN: 0328-4050
ISSN-e: 1852-6535
Periodicidad: Semestral
vol. 28, núm. 58-59, Dob., 2022
faces@eco.mdp.edu.ar

Recepción: 08 Marzo 2022
Revisado: 05 Junio 2022
Aprobación: 01 Agosto 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/616/6163543001/>

Autor de correspondencia: mariajoseluzuriaga@gmail.com

© Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias
Económicas y Sociales, 2022



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen: El presente ensayo revisa los conceptos de privatización y financiarización, discute su aplicación operativa en el análisis de políticas y sistemas de salud, destacando elementos a favor de un abordaje dialéctico de los fenómenos de articulación público-privado y de financiarización. Se considera como premisa que, en el análisis de políticas de salud, las categorías social, privado y público son indisolubles y precisan ser consideradas de forma conjunta en una perspectiva crítica que sirva de referencia para la práctica política transformadora.

Palabras clave: privatización, financiarización, política de salud, procesos políticos.

Abstract: *This paper seeks to review the concepts of privatization and financialization. It deals with its operational application in the analysis of health policies and systems and highlights elements in favor of a dialectical approach to the phenomena of public-private articulation and financialization. The premise that social, private and public categories are indivisible when it comes to analysing health policies is upheld, along with the fact that they need to be considered simultaneously in a critical perspective that serves as a reference for transformative political practice.*

Keywords: *health policy.*

NOTAS DE AUTOR

mariajoseluzuriaga@gmail.com

1. INTRODUCCIÓN

La aplicación de teorías y conceptos requiere detallar y especificar de forma precisa el significado que se pretende atribuir a los términos y expresiones utilizadas en casos concretos para que el esfuerzo de elaboración teórica tenga consecuencias prácticas. Cuando se trata de fenómenos y objetos estructurales dotados de una enorme complejidad, como los modernos sistemas de salud, el desafío es aún mayor.

Privatización y financiarización son dos ejemplos de conceptos que se han utilizado con frecuencia para abordar cambios estructurales en diversos sistemas de salud desde las últimas décadas del siglo XX hasta la actualidad, muchas veces de manera imprecisa o cargada de prejuicios ideológicos que dificultan la comprensión de la realidad empírica en permanente transformación. Se sostiene que ambos procesos analizados han sido considerados frecuentemente como fenómenos fuera de sus contextos específicos y sin tomar en cuenta que, detrás de ellos, existen agentes sociales con gran capacidad de intervenir en las dinámicas específicas, tanto de los procesos de privatización como de financiarización. Algunas formas bajo las cuales se manifiesta el nivel de intervención mencionada se evidencian en la generación de escenarios de crisis, el impulso de determinadas medidas, acciones especulativas, desalentar inversiones, presiones a funcionarios públicos, bloqueo de políticas y proyectos, cooptación de agentes políticos estratégicos, entre otras acciones posibles. Acciones que pueden definirse como la capacidad de cabildeo o *lobby* de activistas que tienen un peso político relevante en los espacios de toma de decisiones. Los análisis que minimizan o no consideran la dimensión de poder de los agentes de estos procesos limitan en gran medida las posibilidades de elaborar explicaciones más confiables, así como la potencia de la interpretación que puede servir para posibles alternativas de políticas efectivas y basadas en datos empíricos consolidados.

Este artículo aborda los desarrollos teóricos actuales relacionados con los conceptos de privatización y de financiarización y discute su uso operativo en el análisis de los sistemas y políticas de salud en el siglo XXI. Además de esta breve introducción, se presenta un apartado sobre ambos conceptos mencionados y una conclusión que apunta elementos a favor de un abordaje dialéctico de los fenómenos de articulación público/privada y de la financiarización. Se considera como premisa que, en el análisis de políticas de salud, las categorías sociales privado y público, son indisociables y necesitan ser consideradas simultáneamente en una perspectiva crítica que sirva de referencia para la práctica política transformadora.

2. PRIVATIZACIONES: ¿DECISIONES POLÍTICAS, CONDICIONAMIENTOS Y/O SISTEMA DE CREENCIAS?

El debate académico y político en torno a la privatización ha estado marcado, principalmente desde la década de 1980 hasta la actualidad, por la intensidad de las discusiones y por el fuerte involucramiento político tanto de quienes defienden este tipo de prácticas como de quienes toman una posición contraria. Los argumentos más difundidos a favor de las políticas de privatización no siempre estuvieron acompañados de fundamentos y experiencias que sustentaran tales posiciones. Una tarea central para comprender estos procesos es la identificación de las múltiples articulaciones entre lo público y lo privado en una determinada configuración, los contextos en los que se formulan e implementan, los intereses y agentes involucrados, así como las políticas que estimulan o dificultan su desarrollo. El término privatización pasó a tener protagonismo en las agendas políticas a fines de la década de 1970 y principios de la década de 1980 con la elección de gobiernos conservadores en Gran Bretaña, Estados Unidos y Francia. Según Starr (1989), el término ha sido utilizado principalmente para expresar: (i) cualquier desplazamiento de actividades o funciones del Estado al sector privado; (ii) cualquier desplazamiento en la producción de bienes y servicios del sector público al privado.

En América Latina, las privatizaciones han sido una de las políticas privilegiadas por los gobiernos locales desde fines de la década de 1980 y durante toda la década de 1990, cuando fueron fuertemente impulsadas por los organismos multilaterales de crédito, por considerarlas, junto con otras medidas, una de las más efectivas

para reducir el desequilibrio fiscal y crear condiciones macroeconómicas sustentables a partir de la reducción del sector público (Oszlak et al., 2000). En cuanto a las especificidades que adquieren en esta región, Vargas Bustamante y Méndez (2014) identifican: (i) la renuncia por parte de los gobiernos de activos en compañías aéreas, mineras, empresas de comunicaciones, entre otras; (ii) la introducción o aumento de contratos de servicios con el sector privado en las organizaciones gubernamentales; (iii) participación del sector privado en áreas previamente reservadas a organismos gubernamentales.

En Argentina, las políticas de privatización han sido ampliamente estudiadas por (Aspiazu y Vispo, 1994; Aspiazu y Basualdo, 2004). En relación con los aspectos salientes de las privatizaciones, los autores destacan el carácter notablemente regresivo, la ausencia de la sociedad civil en el debate y la generación de un “clima político que imponía como única alternativa frente al ‘abismo’, la retirada del Estado de la economía y su reemplazo por la iniciativa privada” (Aspiazu y Basualdo, 2004, p. 1). En el mismo sentido, sostienen que la intensidad de las transformaciones que acompañaron al programa privatizador, como la profunda apertura externa, la flexibilización y precarización laboral, la desregulación de los servicios “convierte a la Argentina en un ejemplo casi pionero por su adhesión plena a los parámetros neoliberales más preciados: privatización, desregulación, apertura y subordinación creciente del trabajo al capital” (Aspiazu y Basualdo, 2004, p. 1).

En una línea de análisis similar, Nahón (2002) analiza las políticas sociales durante la década de 1990 y sostiene que el grado de las transformaciones durante la década permite afirmar que se llevó a cabo un proceso de refundación, destacándose las políticas de privatización como expresión de una forma de “fragmentación regresiva” de la política social. Es decir, un proceso por el cual se desarrollaron políticas diferenciales para los distintos segmentos de la clase trabajadora, ampliando las desigualdades en términos de cobertura y calidad. A su vez, agrega que “la privatización implica la apertura de espacios para negocios privados en la política social, los cuales suelen contar con rentabilidades garantizadas por el propio Estado, que no se retira del sector, sino que cambia su intervención” (p. 34).

En el campo de las políticas y sistemas de salud existe una producción académica relevante que, en el caso de los países de nuestra región pioneros y/o modelos en reformas privatizadoras, evidencia múltiples problemas padecidos por la población, vinculados a la presencia creciente de empresas encargadas de la financiación y/o prestación de la salud. Entre los cuales se destacan prácticas de segmentación, negación y exclusión de prestaciones que dificultan la capacidad de acceso y uso de amplios sectores de la población a una atención adecuada. En paralelo a la mayor presencia del sector privado se produce un retroceso del Estado, en términos de capacidad de control y en la reducción del gasto público (Starr, 1989). El retroceso se expresa en una profundización de las desigualdades sociales, en un tipo de acceso condicionado por la capacidad de pago, el debilitamiento de mecanismos solidarios al interior de los sistemas de seguridad social, las dificultades por parte de los organismos del Estado para regular al sector privado y una mayor ineficiencia del sistema en su conjunto por la debilidad del Estado de intervenir en la multiplicidad de procesos generados por actores privados. Estas situaciones son particularmente graves en los países de la región que implementaron reformas privatizadoras profundas en sus sistemas de salud, como los casos de Chile y Colombia. Ambos sistemas han debido realizar innumerables modificaciones para intentar sin éxito corregir los graves problemas de acceso a la atención vinculados a las prácticas mencionadas (Cid y Uthoff, 2017; Uribe-Gómez, 2017; Uthoff et al., 2012; Luzuriaga, 2018).

Se encuentran trabajos en la región que se han ocupado de evidenciar las irregularidades planteadas, principalmente las negativas o restricciones de prestaciones de salud y a los procesos de judicialización en por parte de las empresas que comercializan planes y seguros de salud en estos países (Rodríguez Garavito, 2011, Yamin y Parra Vera, 2009; Zamora Vergara, 2012; Luzuriaga, 2018). Esta diversidad de problemas generados por los planes y seguros privados de salud es explicada en gran medida por aspectos que caracterizan la propia dinámica de este sector, como lo ejemplifica Pollock (2016) a partir del sistema de salud norteamericano:

...los mercados operan a través de la selección y la exclusión, transfiriendo riesgos y costos a los usuarios de los servicios y negando la atención a quienes más lo necesitan. La selección de riesgos y la negación socavan el objetivo de acceso y

universalidad. Los Estados Unidos niega a más de uno de cada cinco de sus habitantes el acceso a la atención de la salud. El sobretratamiento, la negación de la atención, los costos catastróficos y los gastos en salud en creciente espiral son los rasgos distintivos del sistema de salud en EEUU. (p. 7).

Estudios recientes sobre privatización en los sistemas de salud de diferentes países, tanto de nuestra región como de otras regiones, advierten sobre el avance de este proceso y su impacto en el aumento de la desigualdad de acceso y uso de los servicios de salud, así como un empeoramiento de las condiciones de salud de la población (Unger y De Paepe, 2019; Rahman, 2020; Milcent y Zbiri, 2022; Bahia, 2022). También se destaca cómo la presencia creciente de múltiples empresas y grupos económicos participando en el sistema y en las instancias de tomas de decisión repercute en la reducción de la capacidad del Estado para dar una respuesta más eficaz e integrada a la atención de diversos problemas de salud. Tal como se evidenció durante la pandemia de la COVID-19, estas debilidades de las capacidades estatales se visibilizaron en diversos ámbitos como en la toma de decisiones estratégicas en la producción, distribución y gestión de recursos e insumos sanitarios, el control de precios y otras políticas centrales para dar una respuesta oportuna y adecuada a las necesidades de salud de la población (Andrietta et al., 2021; Bahia, 2022; Luzuriaga et al., 2020; Williams et al., 2021).

Hasta aquí, se han expuesto algunos elementos generales del contexto en el que se inició la expansión y difusión de las políticas de privatización, así como los impactos más relevantes de los procesos de privatización en los sistemas de salud con particular énfasis en la región. A continuación, el análisis se centrará en sistematizar un conjunto de trabajos teóricos que proponen abordajes y elementos teóricos y metodológicos que fueron incorporados, en gran medida, para la elaboración del análisis sobre la privatización en el campo de la salud presentado en este trabajo.

Un consenso que se destaca en varios estudios sobre el tema es la gran ambigüedad que generó la designación de una determinada configuración del sistema de salud como predominantemente pública o privada, y en este tipo de clasificación, el componente ideológico prevaleció sobre los análisis con formulaciones conceptuales ligadas a la evidencia empírica sistemática (Starr, 1989; Saltman, 2003; Maarse, 2006).

Starr (1989) desarrolla dos definiciones: una amplia y otra más específica. En el primer caso, incluye todas las reducciones en la actividad regulatoria y en el gasto del Estado, mientras que en la segunda definición excluye la desregulación y el recorte de gastos, excepto cuando conducen a un cambio del sector público al privado en la producción de bienes y servicios. Deja abierta la posibilidad de que la privatización no sea necesariamente el resultado de un menor gasto o una menor regulación estatal ya que, de hecho, puede ocurrir también como el resultado de un aumento inesperado del gasto público.

En una perspectiva de análisis similar a la de Starr (1989), encontramos el trabajo de Maarse (2006). Su supuesto es que existen múltiples fronteras en la articulación público-privada en el sistema de salud. Una de sus propuestas se centra en la necesidad de incorporar el carácter evolutivo del proceso, así como buscar comprender los matices que existen en esta articulación. Otro elemento clave de su propuesta teórica es un enfoque pragmático para investigar la privatización desde cuatro dimensiones diferentes del sistema de salud: el financiamiento, la provisión, la administración y gestión y la inversión. En el análisis, a partir de estas cuatro dimensiones busca identificar qué factores han estimulado la privatización y cuáles han actuado como barreras.

Al analizar la privatización en el campo de la salud en América Latina, el trabajo ya citado de Vargas Bustamante y Méndez (2014) describe los procesos de privatización en los sistemas de salud de Chile, Colombia y México y sostiene que la relación pública-privada fue semejante en estos países hasta inicios de la década de 1980, para después seguir trayectorias divergentes. A su vez, mencionan los factores que promovieron este proceso y aquellos que lo han limitado. Entre los primeros se encuentran: los grupos tecnocráticos; los contextos políticos específicos; la difusión de políticas neoliberales; la privatización impulsada por la demanda; y la economía informal. Y en relación con los factores que actuaron como

limitantes de este proceso señalan: la movilización de la oposición; las prioridades políticas en competencia; la debilidad institucional.

En la misma línea, trabajos recientes advierten que esta ola de privatizaciones implementadas en el sistema de salud y en el de la seguridad social de la región no solo no generó los efectos esperados, sino todo lo contrario. El trabajo de Birn, Nervi, y Siqueira (2016) agrega al diagnóstico mencionado que dichas políticas promovidas por sus defensores como generadoras de eficiencia y transparencia produjeron efectos contrarios, como gastos innecesarios, inequidades crecientes y corrupción.

Por su parte, Saltman (2003) realiza una propuesta teórica desde la cual comprender los límites cada vez menos definidos entre lo público y lo privado en los sistemas de salud de los países europeos y advierte que dicho proceso se ha agudizado a partir de las reformas de los años 1990. Destaca algunas concepciones erradas acerca de la privatización, tales como su asociación con la introducción de mayor competencia entre los prestadores de asistencia. Sostiene que la privatización tiene poco o nada que ver con el aumento de la competencia y demuestra que existen empresas públicas altamente competitivas y que pueden competir fuertemente en el mercado, así como numerosos ejemplos de grandes corporaciones de propiedad privada que son esencialmente monopolísticas u oligopólicas.

El trabajo de Mackintosh et al. (2016) destaca la relevancia de desarrollar una comprensión rigurosa y sistemática del sector privado de la salud debido a sus particularidades y heterogeneidad, así como a las múltiples articulaciones que establece con el sector público en los sistemas de salud de los países de nivel de ingresos medio y bajo. Estos autores señalan que el escaso conocimiento sobre el sector privado limita la capacidad de los gestores políticos para desarrollar políticas públicas más eficaces. También advierten la falta de consenso sobre cómo evaluar la magnitud y características del sector. Elaboran una tipología y proponen tres métricas que se pueden combinar para establecer un punto de partida claro para el análisis: el grado y el patrón de financiamiento privado dentro de los gastos consolidados de atención de la salud; la escala de las empresas de atención médica del sector privado; y el nivel de acceso a la asistencia pública.

Del mismo modo, a partir de la constatación de falta de evidencia empírica sobre los procesos de privatización en los sistemas de salud, un estudio realizado en Arabia Saudita se propuso una revisión académica para analizar la influencia de la privatización de la red hospitalaria en ese país. Esta revisión destaca entre los principales resultados que la mayor presencia del sector privado en el sistema de salud y el retroceso del Estado en términos de control y gasto público reduce el acceso a los servicios de salud para personas de bajos ingresos, aumenta los precios de los servicios y tiende a cerrar servicios no rentables (Alkhamis, 2017). Por otro lado, muestra que existe evidencia débil y de baja calidad para argumentar que este proceso aumenta el acceso a la atención médica. Se advierte en los estudios revisados la no distinción entre los procesos de privatización que cuentan con la aprobación y la promoción desde el gobierno de aquellos que se desarrollan sin la participación explícita del gobierno. Por último, el estudio hace referencia a la ausencia en los análisis de los contextos específicos, las diferencias socioeconómicas, culturales y de la identificación de políticas implícitas o indirectas de privatización.

Un trabajo reciente (André, Batifoulrier y Jansen-Ferreira, 2016) llevó a cabo un mapeo de un amplio espectro de sistemas de salud en países europeos para desarrollar y aplicar su propuesta de análisis sobre los procesos de privatización. Partiendo de una crítica a la definición del concepto como transferencia legal de la propiedad pública a la privada, por su falta de adaptación a las peculiaridades del sector salud, proponen que la definición en este sector también debe incluir métodos de gestión y financiación. Clasifican la privatización en interna y externa y, dentro de cada una de estas categorías, identifican una serie de actividades y/o procesos que estarían vinculados al financiamiento de la atención de la salud y otros a la prestación (André, Batifoulrier y Jansen-Ferreira, 2016).

En el análisis realizado, cuestionan algunos de los supuestos utilizados para incentivar políticas que promuevan procesos de privatización. Uno de los supuestos cuestionados es que el aumento de la participación de los seguros privados crea una mayor eficiencia como resultado de una mayor competencia

entre empresas. En este punto, los autores demuestran que la supuesta eficiencia en la asignación de recursos asistenciales no se da, ya que se observa que la movilidad de las personas a través de los servicios es baja, ya sea por falta de información o por tener enfermedades preexistentes que limitan las opciones de movilidad de acuerdo con las características de los contratos. Además, esta competencia está limitada por las fusiones y adquisiciones que son frecuentes en el sector. Por otro lado, cuestionan y fundamentan con evidencia empírica la asociación positiva entre el seguro privado de salud y la mejora en la calidad de la atención y el nivel de gasto. Estos dos argumentos se encuentran entre los más mencionados por los promotores del seguro privado de salud.

En la mayoría de los estudios citados se advierte la falta de evidencia empírica sobre la eficacia de los procesos de privatización en relación con la ampliación del acceso a la atención médica, a la disminución de gastos en salud, o a una mejor calidad de la atención (Mackintosh et al., 2016; André et al, 2016; Alkhamis, 2017). Estos argumentos son frecuentemente utilizados en las propuestas o informes que recomiendan reformas privatizadoras (World Bank, 1987, 1993; Organización Mundial de la Salud, 2000, 2010; López Cabello, 2021).

3. DOMINANCIA FINANCIERA: LA ACCIÓN POLÍTICA DEL CAPITAL EN EL SIGLO XXI

La historia de la actividad económica moderna registra las transformaciones de las prácticas financieras y su relación con el conjunto de la vida social. El desarrollo del capitalismo industrial en el siglo XIX y la creciente urbanización otorgaron un lugar destacado a la actividad de inter mediación financiera como instrumento dinamizador de la estructura operativa necesaria para el proceso de acumulación capitalista desde su origen.

A principios del siglo XX ya era posible identificar una confluencia de formas parciales de capital bajo el control de agentes típicamente financieros (Hilferding, 1973/1910), así como la formación de los primeros agregados industriales y bancarios (*trusts*) financiadores y beneficiarios de las políticas coloniales imperialistas (Hobson, 1996/1894). La imagen objetiva del capital especulativo que produce dinero a partir del dinero expresado en la fórmula (D-D') ha tenido un desarrollo históricamente *pari passu* con la tendencia oligopólica y concentradora inherente al proceso de acumulación.

Fue solo en las últimas tres décadas del siglo XX que la dominancia financiera (Braga, 1985) se volvió sistémica con la combinación de una moneda única ampliamente fiduciaria (el dólar estadounidense) integrada a un espacio de transacciones global operado a través de tecnología de procesamiento de información en tiempo real. En otras palabras, aunque el objetivo principal de generar dinero a partir de dinero sea intrínseco a la lógica del capital desde sus orígenes, solo recientemente condiciones estructurales y políticas sin precedentes posibilitaron un amplio dominio de la lógica financiera en todos los recovecos de la vida social a escala mundial. Este fenómeno, la financiarización o dominancia financiera, debe comprenderse no solo como algo relacionado con la dinámica de las relaciones entre objetos, bienes y servicios comerciables o como una mera hipertrofia del sector financiero en sentido estricto, sino como algo conectado a la esfera más amplia de las relaciones sociales entre las personas, las instituciones, el Estado y los agentes económicos en general.

La discusión académica actual sobre dominancia financiera-financiarización se orientó inicialmente dentro de los límites disciplinares de la macroeconomía de los países centrales para luego transitar por las ciencias sociales en general y la economía de los países del sur global (Van Der Zwan, 2014). Luego del episodio de los títulos hipotecarios absorbidos por el presupuesto público de los estados nacionales en 2007/2008, el tema también pasó a ser publicitado por los medios de comunicación como un fenómeno de amplia repercusión social y se hizo más evidente su impacto regresivo en las políticas públicas.

El debate sobre la financiarización llegó tarde al campo de la salud colectiva y guiado, en general, por una visión reduccionista carente de las mediaciones necesarias para tratar el tema de la asistencia de la salud, así como de evidencias empíricas que permitan el uso de conceptos y definiciones en forma precisa.

Braga (1985), pionero en el desarrollo del concepto de dominancia financiera en macroeconomía, postula que no es correcto tratar la financiarización en el siglo XXI como si fuera la expresión de una más de las crisis cíclicas de sobreacumulación de capital. Fue a partir de la década de 1990 cuando aparecieron en la literatura especializada expresiones como *financialization*; *finance-led capitalism e régime d'accumulation financiarisé* (Braga, 2013). Las interpretaciones más difundidas sobre la financiarización, definidas en los términos anteriores, abordan el fenómeno desde perspectivas diversas de la lógica sistémica defendida por Braga (1985).

Hay quienes entienden la financiarización como una deformación del capitalismo que actuaría como un bloqueo al desarrollo tecnológico y a la inversión productiva industrial, en la medida que los recursos disponibles tenderían a concentrarse en activos financieros en detrimento de la generación de empleo y la producción de bienes cuya comercialización podría generar desarrollo social. Braga (2013) argumenta que, de hecho, el capital nunca se ha comprometido con el desarrollo social; si bien, al crear una sociabilidad específica, produce bienes y moviliza recursos productivos en medio de fases de expansión y contracción, su naturaleza esencial se orienta al lucro, preferentemente en forma monetaria/financiera. Las condiciones sistémicas del siglo XXI favorecen este objetivo primordial, pero el desarrollo productivo sigue siendo hasta el día de hoy una estrategia de conveniencia necesaria modulada por el proceso de acumulación bajo la dominancia financiera.

Los análisis reduccionistas parten de un supuesto dicotómico que opone ideológicamente el buen capital comprometido con el desarrollo material y productivo al mal capital vinculado al rentismo y desvinculado de la economía real. No consideran que, en la práctica, los movimientos de interdependencia patrimonial a escala global de los últimos años tienden a revocar ese vínculo crediticio reversible entre las fracciones del capital bancario y el industrial verificado hasta la década de 1970.

Otra explicación destacada sobre la financiarización atribuye especial énfasis al concepto de gobernanza corporativa y a los cambios en los modelos de gestión empresarial como factor determinante del predominio de las finanzas. En este caso, habría una sobreposición de los intereses inmediatos de los inversores/accionistas con la perspectiva estratégica de gestión orientada al progreso técnico y producción de bienes y servicios por parte del tradicional administrador de producción. Aquí, según Braga (2013), también puede estar presente la misma premisa dicotómica e ideológica que separa las fracciones del capital en compartimentos estancos.

Las escuelas económicas regulacionistas, en general, tienen razón al describir la ocurrencia sincrónica de transformaciones en los modelos fordistas de producción y la caída en los niveles de acumulación proporcionados por la actividad industrial en los países centrales y en Estados Unidos, en particular a partir de la década de 1970. Al mismo tiempo, el colapso de los grandes acuerdos de Bretton Woods eleva el dólar estadounidense a condición de moneda virtual presente en ambos extremos de la mayoría de las transacciones de los mercados globales. La cuestión, según Braga (2013), es saber en qué medida se puede atribuir una relación de causalidad unívoca entre estos hechos históricos y la financiarización o analizarlos de forma concatenada como expresión de la lógica sistémica del capital-relación social en proceso. De esta manera, es posible comprender mejor la caducidad de los mecanismos regulatorios impuestos al capital en la posguerra, incluidos los relacionados con las políticas socialdemócratas de bienestar, y el fracaso de las tímidas medidas reformistas propuestas para limitar la acción de bancos de inversión sobre el conjunto de la economía en la línea de los acuerdos de Basilea en la década de 1980.

Hay desafíos en el plano teórico que precisan superarse para avanzar en la investigación empírica sobre la expresión concreta de la dominancia financiera en la asistencia de la salud. Definiciones muy amplias y tautológicas como “*increasing role of financial motives, financial markets, financial actors and institutions in the operation of the domestic and international economies*” (Epstein, 2005, p. 3) no hacen más que repetir lo obvio. Por otro lado, es importante hacer las distinciones necesarias entre financiarización y conceptos relacionados como globalización y privatización, identificando hasta qué punto estos fenómenos tan amplios pueden abordarse en forma conjunta. La privatización de activos públicos puede ser una condición previa

para la difusión de la lógica financiera, pero la preservación de varios aspectos de la estructura pública puede ser un vector que apunte en la misma dirección. Hay ejemplos actuales en el sistema de salud francés que demuestra este argumento (Cordilha y Lavinas, 2018).

También es importante no adoptar un enfoque reduccionista, haciendo transposiciones directas entre fenómenos estructurales y casos concretos sin mediaciones adecuadas y sin espacio para las contradicciones siempre existentes, especialmente en los análisis políticos de objetos complejos como los sistemas de salud. Es necesario producir datos primarios a partir de investigaciones empíricas para mejorar el arsenal de conceptos instrumentales aplicables en cada situación particular.

Así, cuando se trata de la dominancia financiera en el siglo XXI, es posible avanzar en un movimiento dialéctico que transita por una vía de doble mano de lo general a lo particular y viceversa. Al asumir la financiarización como un modo de ser sistémico y actual del capital en proceso, los análisis de las organizaciones estatales, las políticas públicas, los agentes económicos privados y las necesidades de salud de las poblaciones pueden combinarse en una totalidad coherente, pero dotada de contradicciones visibles solamente cuando se trata de lo particular y concreto.

4. DISCUSIÓN

De esta forma, se abre espacio para la acción política consecuente a partir de lecturas más confiables de la compleja realidad de nuestros sistemas de salud y se reconoce la acción política del capital como un importante factor determinante de las nuevas perspectivas que se presentan. Es importante destacar que toda la estructura de regulación de los Estados Nacionales sobre la acción socialmente regresiva del capital y su tendencia concentradora de recursos sobre los componentes de los sistemas de salud fue concebida sobre modelos anteriores al año 2000 y, por lo tanto, anteriores a la expansión de la lógica de la financiarización a escala global. Por este motivo, la dinámica de las acciones regulatorias, en los moldes actuales, tienen un alcance limitado sobre los nuevos agentes económicos controladores de las empresas y grupos económicos actuantes en el sector de asistencia a la salud.

A partir de lo expuesto se desprende que un primer paso necesario para la defensa del interés público de la salud en el siglo XXI se debe orientar a la reformulación del marco conceptual regulatorio para permitir que su capacidad de actuación alcance a los nuevos agentes económicos dotados de estrategias financierizadas, multisectoriales, multifuncionales y multinacionales. Se trata de evitar que, eventualmente, fondos globales de participación societaria controlen el patrón de acceso a activos estratégicos de cualquier sistema de salud como las camas hospitalarias, o que el precio y la calidad de tales activos se ajusten a los intereses corporativos particulares en detrimento de la salud pública. El aumento súbito en la demanda de camas hospitalarias durante la pandemia de la COVID-19 en el año 2020 demostró cuáles son las externalidades negativas derivadas de este fenómeno.

Sin embargo, la reformulación de los marcos conceptuales regulatorios sólo puede ocurrir si es respaldada por pesquisas empíricas que establezcan claramente las características patrimoniales y las dinámicas corporativas de los agentes económicos controladores de las empresas y grupos económicos establecidas en el sector asistencial de la salud, en articulación con la estructura pública. De esta forma, los conceptos de financiarización y privatización podrían ganar un carácter operacional y la acción política regulatoria volverse más efectiva.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Podemos ver en las secciones anteriores que existe un fuerte sesgo ideológico en los debates actuales sobre privatización y financiarización. Se observa la necesidad de vincular de forma inmediata un sistema o

subsistema de salud con la categoría público o privado sin desarrollar una conceptualización de las razones por las cuales se caracterizaría cada una de estas categorías y en qué aspectos. Del mismo modo, se observa que rara vez se utilizan casos específicos cuando se presenta este tipo de calificación.

Como toda investigación científica, el análisis de los procesos de privatización y financiarización debe salir de la esfera de los debates ideológicos o cargados de posiciones inmutables, al menos en el campo académico, aunque también es deseable en el campo político. Entendemos que es posible en la medida en que estos estudios puedan realizarse desde la observación empírica y desde la identificación de las especificidades de cada proceso en cada sistema de salud. Es decir, en un análisis integrado de los contextos, agentes, políticas y diferentes dimensiones del sistema que inciden y modelan tales procesos y, a partir de este análisis empírico, cuestionar en qué medida y de qué manera se viabilizaron o se vieron limitados en su desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alkhamis, A. A. (2017). Critical analysis and review of the literature on healthcare privatization and its association with access to medical care in Saudi Arabia. *Journal of Infection and Public Health*, 10(3), 258-268.
- André, C., Batifoulrier, P., y Jansen-Ferreira, M. (2016). *Privatisation de la santé en Europe. Un outil de classification des réformes*. <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505>
- Azpiaz, D., y Vispo, E. (1994). Algunas enseñanzas de las privatizaciones en Argentina. *Revista de la CEPAL*, (54), 129-147.
- Azpiaz, D., y Basualdo, E. (2004). Las privatizaciones en la Argentina, génesis, desarrollo y principales impactos estructurales. In J. Petras, H. Veltmeyer (Orgs.). *Las privatizaciones y la desnacionalización de América Latina*, Prometeo.
- Bahia, L. (2022) Después de la ola ómicron: el legado de la pandemia para Brasil. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1), e348630.
- Birn, A. E., Nervi, L., y Siqueira E. (2016). Neoliberalism redux: The global health policy agenda and the politics of cooptation in Latin America and beyond. *Development and Change*, 47(4), 734-759.
- Braga, J. C. S. (1985). *Temporalidade da riqueza: teoria da dinâmica e financeirização do capitalismo*. Tesis (Doctorado). Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Economía, Campinas, Brasil.
- Braga, J. C. S. (2013). Qual conceito de financeirização compreende o capitalismo contemporâneo? In: S. A. Barroso y R. Souza, (Orgs.). *A grande crise capitalista global 2007-2013: gênese, conexões e tendências*. Fundação Maurício Gabrois.
- Cid, C., y Uthoff, A. (2017). La reforma a la salud pendiente en Chile: reflexiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, Artículo e170. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.170>
- Cordilha, A. C., y Lavinhas, L. (2018). The reshaping of healthcare systems in the age of financialization. Lessons from France and Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2147-2158.
- Epstein, G. A. (2005). Introduction: Financialization and the world economy. In G. A. Epstein (Ed.). *Financialization and the world economy* (pp. 3-16). Edward Elgar.
- Hilferding, R. (1973). *El capital financiero*. Tecnos.
- Hobson, J. A. (1996). *A evolução do capitalismo moderno: um estudo da produção mecanizada*. Nova cultural.
- López Cabello, A. (2021). Pandemic momentum for health systems financialisation: Under the cloaks of universal health coverage. *Global Public Health*, 16(8-9), 1334-1345. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1919736>
- Luzuriaga, M. J. (2018). *Privados de la salud: las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia*. HUCITEC.
- Luzuriaga, M. J., Zunino, M. G., Almirón, V. N., y Venturini, N. Y. (2020). La mano visible del Estado y la mano invisible del mercado. ¿Por qué la salud es más que un contrato entre partes? *Realidad Económica*, (365), 131-145.

- Maarse, H. (2006). The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, (5), 981-1014.
- Mackintosh, M., Channon, A., Karan, A., Selvaraj, S., Zhao, E., y Cavagnero, H. (2016). What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *Lancet* (388), 596-605.
- Milcent, C., y Zbiri, S. (2022). Supplementary private health insurance: The impact of physician financial incentives on medical practice. *Health Economics*, 31(1), 1-16. <https://doi.org/10.1002/hec.4443>
- Nahón, C. (2002). Política social y acumulación de capital en la Argentina: la fragmentación regresiva de la educación, la salud y la previsión social en la década del noventa. *FACES. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales*, 8(15), 23-70. http://nulan.mdp.edu.ar/101/1/FACES_n15_23-70.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino para la cobertura universal*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>
- Oszlak, O., Felder, R., y Forcinito, K. (2000). *La capacidad regulatoria del Estado en Argentina*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas. Maestría en Administración Pública.
- Pollock, A. M. (2016). ¿Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos? *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (64), 5-50.
- Rahman, R. (2020). The privatization of health care system in Saudi Arabia. *Health Services Insights*. <https://doi.org/10.1177/1178632920934497>
- Rodríguez Garavito, C. (2011). La judicialización de la salud. Síntomas diagnósticos y prescripciones. In O. Bernal y C. Gutiérrez (Eds.). *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones* (pp. 507-560). Universidad de los Andes, Colombia.
- Saltman, R. B. (2003). Melting public-private boundaries in european health systems. *European Journal of Public Health*, (13), 24-9.
- Starr, P. (1989). The meaning of privatization. *Yale Law and Policy Review*, (6), 6-41.
- Unger, J. P., y De Paepe, P. (2019). Commercial health care financing: The cause of U.S., Dutch, and Swiss health systems inefficiency? *International Journal of Health Services*, 49(3), 431-456. <https://doi.org/10.1177/0020731419847113>
- Uribe-Gómez, M. (2017). Nuevos cambios, viejos esquemas: las políticas de salud en México y Colombia en los años 2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(supl. 2), 102-113.
- Uthoff, A., Sánchez, J. M., y Campusano, R. (2012). The health insurance market: Lessons on the conflict between equivalence and solidarity. *Revista de la CEPAL*, (108), 147-167.
- Van Der Zwan, N. (2014). Making sense of financialization. *Socio-Economic Review*, 12(1), 99-129.
- Vargas Bustamante, A., y Méndez, C. (2014). Health care privatization in Latin America: Comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico. *Journal of Health, Politics and Law*, (39), 841-886.
- Williams, O., Chun Yung, K., y Grépin, K. A. (2021). The failure of private health services: COVID-19 induced crises in low and middle-income country (LMIC) health systems, *Global Public Health*, 16(8-9), 1320-1333. <http://doi.org/10.1080/17441692.2021.1874470>.
- World Bank. (1987). *Financing health services in developing countries: An agenda for reform*. World Bank.
- World Bank. (1993). *World Development Report: investing in health*. World Bank.
- World Health Assembly, 53. (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance*. World Health Organization
- Yamin, A. E., y Parra Vera, O. (2008). How do courts set health policy? The case of the Colombian Constitutional Court. *PLoS Medicine*, (6). <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000032>.

- Zamora Vergara, R. A. (2012). *Las Isapres en Chile, su institucionalidad jurídica y el derecho a la protección de la salud: aplicación y eficacia*. Memoria para la Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile. Facultad de Derecho, Santiago de Chile.
- Andrietta, L. S., Monte-Cardoso, A., Sestelo, J. A. F., Scheffer, M. C. y Bahia, L. (2021). *Empresas de planos de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão*. Fundação Oswaldo Cruz. (Série Saúde Amanhã. Textos para Discussão, 51).

ENLACE ALTERNATIVO

<http://nulan.mdp.edu.ar/3728/1/FACES-58-59-luzuriaga-sestelo.pdf> (pdf)