

La privatización de los sistemas de salud, la pandemia y la desprivatización en debate

María José Luzuriaga

Resumen

En el artículo se analizan los procesos de privatización llevados a cabo en los sistemas de salud de la Argentina, el Brasil, Chile y Colombia. Se describe y caracteriza la participación de los componentes públicos y privados de cada uno de estos sistemas y se analiza el aspecto político de las políticas públicas incluidas en dichos procesos de privatización. Los resultados ponen de manifiesto la presencia de múltiples relaciones público-privadas que se configuraron de diversas formas en el transcurso del tiempo. Asimismo, se analizan algunas respuestas que los sistemas de salud brindaron y algunos desafíos que enfrentaron durante la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), así como el papel que desempeñaron las organizaciones privadas en particular. Con este análisis se pretende examinar la trayectoria de las políticas estudiadas y determinar sus límites y potencialidades para revertir los procesos de privatización.

Palabras clave

Salud, privatización, servicios de salud, política sanitaria, leyes y reglamentos, derecho a la salud, sector público, sector privado, pandemias, Argentina, Brasil, Chile, Colombia

Clasificación JEL

I11, I13, I18

Autora

María José Luzuriaga es Docente e Investigadora en el Departamento de Salud Comunitaria y el Instituto de Justicia y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús (Argentina). Correo electrónico: mariajoseluzuriaga@gmail.com.

I. Introducción¹

La relación público-privada es central a la hora de analizar las políticas públicas de salud. Uno de los argumentos que se esgrimen es que las políticas públicas han desempeñado un papel determinante en la expansión del mercado de los planes y seguros de salud. A su vez, se considera que la dinámica del mercado impone un límite claro a la aplicación de políticas públicas universales de salud.

En ese marco, el presente trabajo se centró en estudiar los procesos de privatización de los sistemas de salud de cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Con ese fin, se determinaron y analizaron los contextos nacionales, especialmente los escenarios políticos en que se formularon y aplicaron medidas de gobierno que promovieron o limitaron la expansión del mercado de los planes y seguros privados en los sistemas de salud. Se entiende por proceso de privatización aquel en que la participación de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud se expande y, por consiguiente, el sector público retrocede, porque se reduce su capacidad reguladora y disminuye el gasto del Estado. No obstante lo anterior, como señala Paul Starr (1988), puede haber un proceso de privatización ocasionado, contrariamente a lo esperado, por un aumento del gasto público. A su vez, asumiendo la perspectiva de ese autor, según la cual la privatización describe una dirección de cambio y no denota un origen ni un destino específico, se procuró hacer un análisis de la trayectoria de las políticas para determinar de qué modo evolucionó la relación público-privada en los sistemas de salud de los países seleccionados.

La propuesta consiste en analizar el aspecto político de las políticas a partir de una perspectiva comparada. Se considera que este análisis permitirá comprender de forma más integral los procesos de privatización de la región, y puede llegar a producir explicaciones que permitan determinar las causas de las singularidades y los trazos comunes de los procesos estudiados.

A partir de la revisión bibliográfica de los trabajos sobre los sistemas de salud de los cuatro países, se definió el período comprendido entre 1980 y 2016². La irrupción de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19) en marzo de 2020 exigió incorporar una sección destinada a analizar algunas de las respuestas que los sistemas de salud brindaron para enfrentar la emergencia sanitaria en el marco del enfoque utilizado en este trabajo. De dicho análisis se desprendió que, en 1980, en los cuatro países se consolidaron las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud (Bahía, 1999; Tetelboin, 2013; Belmartino y Bloch, 1993). En esa misma época, a su vez, se aplicaron políticas que tenían por objeto revertir o frenar la expansión de ese sector: un ejemplo de ello es el Sistema Único de Salud (SUS), en el caso particular del Brasil. En 2016 se observan intentos importantes de introducir reformas más o menos estructurales en favor de los procesos de privatización. Esas reformas se llevaron a cabo o bien de forma explícita, dirigiéndolas al sector de la salud a través del Poder Ejecutivo, o bien de forma implícita, aplicando medidas indirectas que estimularon la expansión del mercado. Entre las primeras, se destacan los siguientes casos: el de la Argentina, donde en 2016 se aprobó la Cobertura Universal de Salud (CUS) mediante el Decreto núm. 908/2016 (que no llegó a aplicarse debido al cambio de gobierno); el de Chile, donde se propuso crear el Fondo Nacional de Salud Plus (FONASA Plus), que se difundió como plan estatal destinado a que el sector público fuera más competitivo frente a las instituciones de salud previsual (isapres), y el del Brasil, donde, entre otras medidas, se puso en práctica el proyecto de seguros populares de salud como estrategia destinada a reducir los gastos en el sector y a aumentar la participación individual en el financiamiento (Bahía y otros, 2016). Las medidas mencionadas no llegaron a aplicarse a pesar del fuerte impulso proveniente de las esferas estatales y de diversas entidades privadas. En cuanto al segundo tipo de medidas, que

¹ En el presente artículo se presentan los resultados de la tesis de doctorado “Los procesos de privatización de los servicios de salud en cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Semejanzas y singularidades en los recorridos y los resultados” (Luzuriaga, 2016).

² El límite temporal se definió en función de la fecha de finalización de la tesis de doctorado.

se definieron como indirectas, se puede mencionar de modo general el subfinanciamiento del sector público, la ausencia de control o de cumplimiento de la normativa existente respecto al aumento de las cuotas de los planes y seguros de salud, y los subsidios y beneficios fiscales otorgados a las empresas, entre otros aspectos vinculados al sector.

El presente artículo consta de cinco secciones. La sección I es la introducción, en la que se presenta la relevancia del tema y la organización del trabajo. En la sección II se exponen las principales referencias teóricas y el abordaje teórico-metodológico propuesto para estudiar las políticas públicas que intervinieron en los procesos de privatización de los sistemas de salud. En la misma sección también se hacen explícitas las decisiones metodológicas referidas a la selección de los casos y de las políticas, las dimensiones de análisis y las fuentes de información utilizadas. En la sección III se presentan los principales resultados vinculados a los factores de las políticas públicas seleccionadas que han estimulado o limitado los procesos de privatización de los sistemas de salud. Luego se realiza una lectura comparada de los casos a fin de analizar de manera más integral el proceso de privatización en la región. En la sección IV se describen las principales respuestas de los sistemas de salud, prestando especial atención al papel desempeñado por las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud y las medidas de los gobiernos vinculadas a ese subsector durante la pandemia. Por último, en la sección V se brinda una reflexión provisional sobre las oportunidades y los desafíos que los sistemas de salud presentan en la actualidad en lo que atañe a revertir los procesos de privatización vigentes.

II. Aspectos teóricos y metodológicos

1. Selección de casos

Se seleccionaron la Argentina, el Brasil, Chile y Colombia porque cada uno de esos países presenta características destacadas en la línea de análisis, que van desde una mayor participación del sector privado a un sistema considerado mixto y a uno en que el sector público adquiere más relevancia. A su vez, en los cuatro países analizados, algunas de las organizaciones estudiadas que participan en el mercado de los planes y seguros de salud se ubican entre las empresas líderes del país y se mantuvieron en ese lugar durante el período analizado. Un estudio reciente de Goyenechea y Ruiz (2020) muestra la creciente participación de las multinacionales en los sistemas de salud de América Latina y advierte cómo su inserción en diversos países ha afectado la capacidad de los sistemas para brindar una respuesta pública.

Otro criterio considerado en el momento de seleccionar los países fue la singularidad de cada uno de ellos durante los procesos de reforma de la salud que se llevaron a cabo en las décadas de 1980 y 1990. En Chile se llevó adelante una reforma de salud promercado considerada pionera, cuyas consecuencias, en términos de inequidades del sistema, persisten hasta la actualidad. Diez años después, en Colombia se introdujo una reforma privatizadora que se llevó a cabo procurando evitar el impacto negativo que se había observado en la reforma chilena, pero este objetivo no se consiguió. El Brasil es uno de los países en que el mercado de planes y seguros privados de salud es mayor, a pesar de que es también uno de los pocos países de la región en que se ha implementado un sistema universal de salud. La Argentina, por último, se encuentra en un punto intermedio entre los casos mencionados. Si bien en la década de 1990 se propuso una reforma estructural promercado, la fuerte resistencia del movimiento sindical modificó su contenido. A pesar de ello, las empresas de medicina prepaga han ido avanzando en el sistema de salud desde finales de la década de 1990, con algunas interrupciones que se explicarán en la sección III.

2. Análisis del aspecto político de las políticas para comprender la privatización de la salud

El desarrollo del marco teórico tiene como eje principal el análisis de los procesos de privatización de los sistemas de salud desde una perspectiva comparada, a partir de la determinación de los escenarios que los hicieron posibles, los actores que participaron y las coyunturas que los limitaron o estimularon.

Un aspecto central fue comprender las formas en que los elementos públicos y privados participaban en los sistemas de salud en los cuatro países. Diversos autores han destacado la importancia de estudiar los procesos de privatización de los sistemas de salud actuales haciendo más hincapié en la medición de los efectos concretos que esos procesos tienen en el desempeño de los sistemas, por ejemplo, en cuanto a la ampliación del acceso y el aumento de la calidad de las prestaciones (Maarse, 2006; Saltman, 2003; Mackintosh y otros, 2016; Alkhamis, 2017; André, Batifoulier y Jansen-Ferreira, 2016; Vargas Bustamante y Méndez, 2014). En la misma línea, existe consenso sobre la gran ambigüedad que se ha producido al designar una determinada configuración de sistema de salud como predominantemente pública o privada, pues, en esa clasificación, el componente ideológico se ha impuesto al análisis basado en desarrollos conceptuales y datos empíricos sistemáticos (Starr, 1988; Maarse, 2006; Saltman, 2003; Sestelo, 2012). En cuanto a las recomendaciones que se plantean para el estudio del tema, en los trabajos mencionados se destacan cuestiones centrales como las siguientes: la necesidad de definir qué se entiende por público y por privado, en qué casos puede observarse un proceso de privatización, y qué marcos referenciales son más eficaces para identificar las fronteras múltiples y dinámicas entre lo público y lo privado.

Con el fin señalado, se consideraron algunos estudios aplicados a las políticas públicas y, en particular, al campo de la salud. El eje central estuvo puesto en el aspecto político de las políticas públicas, abordaje concebido por Theodore Marmor en *The Politics of Medicare* (2000), que se centró en comprender el proceso político desencadenado en el transcurso del programa Medicare considerando una multiplicidad de abordajes y enfoques teóricos.

En ese trabajo, el autor se propuso recorrer los principales debates que tuvieron lugar desde el proceso de elaboración de la propuesta hasta la puesta en marcha del programa Medicare. El objeto era comprender los cambios clave que se habían producido en el contenido de esa política de salud, los principales logros, las condiciones en que fue posible sostener los contenidos centrales hasta la aprobación, la intensidad de los debates que surgieron a partir de ella, el interés de los importantes grupos de presión implicados, y la rapidez y eficacia con que el programa se puso en práctica. Entre los aspectos más relevantes, se encuentran los principales actores políticos, y los intereses y valores que había en juego y que incidieron en que el programa Medicare constituyera una de las políticas centrales de la política norteamericana durante tres décadas.

Es por ello por lo que el énfasis se puso en el aspecto político de las políticas estudiadas. Para elaborar ese análisis de la política del programa Medicare, el autor definió diferentes unidades de análisis, según la etapa de desarrollo de la política. Entre esas unidades se encontraban las siguientes: las acciones de gobierno; el patrón de comportamiento organizacional de los grandes grupos implicados; las estrategias de negociación, ya sea de los grupos o de los actores individuales, y los circuitos burocráticos. En todos los casos se procuró determinar los límites y las posibilidades que incidían en el avance de la política.

De acuerdo con la propuesta de este estudio, el análisis del aspecto político de las políticas públicas implicadas en los procesos de privatización de los servicios de salud se estructuró a partir de cinco momentos analíticos que, según la dinámica particular que adquirió cada una de las políticas analizadas, no necesariamente estaban separados en el tiempo. El primer momento es el contexto, que se refiere a la situación sociopolítica y económica que había cuando la política estudiada se

comenzó a formular. El segundo momento es el origen de la política, en que se analizan los objetivos y fundamentos de esta, así como las razones para que fuera abordada antes que otros proyectos que competían con ella. En el tercer momento, que se refiere al desarrollo de la política, se pone el foco en las organizaciones que participaron en el debate, en los procesos de negociación, en la secuencia de las propuestas presentadas y en las alternativas al proyecto principal. En el cuarto momento, definido como la puesta en marcha, el análisis se ubica en la dimensión más burocrática y en la determinación de los factores que posibilitaron o limitaron la aplicación de la política. Por último, en el quinto momento, se pretende hacer un balance de los resultados alcanzados evaluando la distancia entre la propuesta inicial, la política sancionada y los resultados logrados.

3. Selección de las políticas públicas y fuentes utilizadas

Los criterios para elegir las políticas en cada uno de los casos estudiados se definieron en función del impacto que estas tuvieron en la reconfiguración de la relación público-privada en el sistema de salud, ya sea en cuanto al financiamiento, a la prestación de los servicios, a la administración o a la inversión (Maarse, 2006).

Otro criterio de selección tuvo que ver con la relevancia y la profundidad de los debates en torno a los procesos de privatización de los sistemas de salud que se desencadenaron durante la formulación y la puesta en práctica de las políticas.

La muestra se conformó con un total de 13 políticas públicas, que se analizaron de acuerdo con las dimensiones descritas en el punto anterior. Es importante aclarar que, entre las políticas seleccionadas, había dos casos referidos a sentencias judiciales: la sentencia del Tribunal Constitucional de Chile contra la tabla de factores de riesgo, que se emitió en 2010, y la sentencia núm. T-760 de la Corte Constitucional de Colombia, que se emitió en 2008. Si bien ninguna de esas sentencias son políticas públicas en sí mismas, dieron lugar a intensos debates políticos sobre aspectos estructurales de los sistemas de salud en los que participó un gran espectro de actores sociales. A su vez, ambas sentencias se tomaron como fundamento para elaborar proyectos de reforma de salud en ambos países. Por las razones señaladas, y dado que fue posible analizarlas aplicando el enfoque teórico y metodológico propuesto, dichas sentencias se incluyeron en el estudio. En los cuadros 1, 2, 3 y 4, que figuran a continuación, se presentan las políticas analizadas en este trabajo.

Cuadro 1
Argentina: políticas seleccionadas para estudiar el proceso de privatización del sistema de salud, 1990-2016

Año	Política pública	Etapas	Actores sociales e instituciones
1993-1997/98	Decreto núm. 9/1993, por el que se establece que los beneficiarios y las beneficiarias de las obras sociales reguladas por las Leyes núm. 23660 y núm. 23661 tendrán la opción de cambiar de obra social	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Ministerio de Economía Banco Mundial Confederación General del Trabajo (CGT) Ministerio de Salud y Acción Social Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) Fundación Novum Millenium
2011	Ley núm. 26682, por la que se establece el marco regulatorio de las empresas de medicina prepaga	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Subsecretaría de Defensa del Consumidor Asociación de Consumidores y Usuarios de la Argentina (ACUDA) Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFELISA) Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI) Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA) Asociación de Entidades de Medicina Privada (ADEMP) Superintendencia de Servicios de Salud

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 2
Brasil: políticas seleccionadas para estudiar el proceso de privatización
del sistema de salud, 1980-2016

Año	Política pública	Etapas	Actores sociales e instituciones
1990	Ley núm. 8080 de creación del Sistema Único de Salud (SUS)	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Movimientos sociales Partidos políticos de izquierda Departamentos de medicina preventiva Movimientos médicos (Asociación Médica Brasileña, Academia Nacional de Medicina, etc.) Movimientos estudiantiles Universidades Movimiento sanitario Prefectos Parlamentarios progresistas Cámaras empresariales Representantes de hospitales y clínicas privadas Burocracia del área económica
1998	Ley núm. 9656 de reglamentación de los planes y seguros privados de salud	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP) Asociación Brasileña de Planes de Salud (ABRAMGE) Organizaciones de defensa del consumidor Poder Legislativo Ministerio de Salud Ministerio de Economía Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANAHP) Asociación Médica Brasileña Sindicatos
2015	Ley núm. 13097, por la que se permite la participación, directa o indirecta, de las empresas o del capital extranjero en las actividades de asistencia a la salud	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	ANAHP Antares Consulting Cámara de Diputados

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3
Chile: políticas seleccionadas para estudiar el proceso de privatización
del sistema de salud, 1980-2016

Año	Política pública	Etapas	Actores sociales e instituciones
1980	Constitución Política de la República de Chile, Decreto con Fuerza de Ley núm. 3 de 1981 y normativa que lo modifica o complementa. Creación de las instituciones de salud previsional (isapres)	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Ministerio de Economía Subsecretaría de Planificación y Cooperación Comisión de Estudios de la Nueva Constitución Política de la República de Chile (Comisión Ortúzar) Burocracia de la seguridad social Chicago Boys Colegio Médico Sindicato de Médicos
1986-2002	Ley núm. 18566 relativa al subsidio del 2% otorgado a las isapres	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Poder Ejecutivo Asociación de Isapres de Chile (AICH)
2004	Ley núm. 19966 y normativa que la modifica o complementa. Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (Plan AUGE-GES) o Reforma de la Reforma	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Ministerio de Salud Ministerio de Hacienda Poder Legislativo Fondo Nacional de Salud (FONASA) Sindicatos Colegios Médicos AICH Clínicas de Chile A.G.
2010	Sentencia del Tribunal Constitucional, rol 1710-INC, contra la tabla de factores de riesgo (art. 38 ter de la Ley núm. 18933)	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Poder Judicial
2014-2015	Decreto núm. 71 del Ministerio de Salud de 2014. Creación de Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Comisión asesora presidencial compuesta por representantes y expertos de los diferentes sectores de la salud

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 4

Colombia: políticas seleccionadas para estudiar el proceso de privatización del sistema de salud, 1990-2016

Año	Política pública	Etapas	Actores sociales e instituciones
1993	Ley núm. 100, por la que se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Banco Mundial Organización Mundial de la Salud (OMS) Asociación Médica Sindical Colombiana (ASMEDAS) Asociación Médica Colombiana Federación Médica Colombiana Central Unitaria de Trabajadores de Colombia (CUT) Unión Patriótica Grupos académicos Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo Comisión Séptima del Senado: responsable de la seguridad social Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud, Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia (ANTHOC) Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC)
2008	Sentencia núm. T-760, por la que se ordena al Estado que haga reformas estructurales para garantizar el cumplimiento del derecho a la salud	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Corte Constitucional Movimiento para la Salud de los Pueblos (MSP) Defensoría del Pueblo
2015	Ley Estatutaria núm. 1751, que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección	Contexto Origen Desarrollo Puesta en marcha Resultados	Corte Constitucional Poder Ejecutivo Gran Junta Médica Nacional Mesa Nacional por el Derecho a la Salud

Fuente: Elaboración propia.

En relación con los casos estudiados, se trabajó con la producción académica de los principales referentes del tema en cada uno de los países. Las fuentes primarias que se utilizaron fueron documentos oficiales (registros administrativos de las diversas instituciones estatales encargadas de fiscalizar y controlar a las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud); legislación específica relacionada con cada una de las políticas; noticias relativas a las políticas seleccionadas publicadas en los principales periódicos comerciales de alcance nacional; producción específica del sector de las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud; comunicados institucionales, versiones taquigráficas de los debates en comisiones legislativas o en sesiones parlamentarias vinculadas a las políticas estudiadas; plataformas y mensajes presidenciales, así como anuncios de políticas; revistas empresariales y económicas, y publicaciones de revistas especializadas sobre las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud.

III. Resultados

De acuerdo con el propósito señalado al inicio del trabajo, se procuró suministrar elementos teóricos y empíricos que permitieran comprender con mayor certeza en qué medida era posible pensar en poner un límite a los procesos de privatización de los sistemas de salud o en hacerlos retroceder. De esa manera, se intentó contribuir a la comprensión de los factores que impedían formular y consolidar políticas públicas universales de salud. En ese sentido, se sostiene que la mayor presencia de actores del sector privado en el sistema de salud lleva a que se atente aún más contra el principio de solidaridad. Una manera en que se puede constatar esa observación es a partir de la mayor participación de actores privados —entidades promotoras de salud, empresas de medicina prepaga, instituciones de salud previsual y empresas que comercializan planes y seguros de salud— en el manejo de los fondos de la seguridad

social de los países estudiados. De esa forma se introduce una lógica característica del sector privado en el sistema, a partir de la individualización de los aportes y la segmentación de las prestaciones según la capacidad de pago, y se aleja cualquier posibilidad de organizar un sistema de salud basado en los principios de la integridad y la universalidad, que se centre en las necesidades de salud de la población.

En línea con las afirmaciones planteadas en el párrafo anterior, en la región se encuentran trabajos que analizan las irregularidades presentes en los sistemas donde predominan las empresas que comercializan planes y seguros privados de salud. En particular, en los estudios sobre los casos de Chile y Colombia, se advierte sobre la gran judicialización que hay en los sistemas de salud como producto de distintos tipos de incumplimiento vinculados a las negativas y a las restricciones de acceso que imponen las organizaciones privadas (Rodríguez Garavito, 2012; Yamin y Parra Vera, 2009; Zamora Vergara, 2012; Goyenechea y Sinclair, 2013; Luzuriaga, 2018). En la mayoría de esos estudios también se advierte sobre la debilidad de las regulaciones estatales que deberían evitar esas vulneraciones. Tanto en el sistema chileno como en el colombiano se ha trabajado en numerosas políticas y proyectos destinados a corregir los problemas de acceso a la atención sanitaria vinculados con las prácticas de segmentación, exclusión y reducción de las prestaciones, así como con otras prácticas abusivas frecuentes en los sistemas de salud donde hay una gran presencia de empresas y grupos económicos. Esa diversidad de problemas que producen los planes y los seguros privados de salud se explica en gran medida por aspectos que caracterizan a la propia dinámica del sector, como ejemplifica Pollock (2016) en relación con el sistema de salud norteamericano:

[...] la selección de riesgos y la denegación socavan el objetivo de acceso y la universalidad. Los Estados Unidos [...] niega a más de uno de cada cinco de su población el acceso a la atención de salud. El [sobretreatmento] y la denegación de la atención, los costos catastróficos y los gastos de atención en salud en creciente espiral son los rasgos distintivos de la atención de salud en los EE. UU. [...] Los mercados operan a través de la selección y la exclusión, la transferencia de los riesgos y los costos a los usuarios de los servicios y la negación de la atención a los que más la necesitan.

En varios estudios recientes sobre la privatización de los sistemas de salud de diferentes países de nuestra región y de otras regiones, se destaca el avance de ese proceso y su impacto en el aumento de la desigualdad en cuanto al acceso y al uso de los servicios de salud, así como en el empeoramiento de las condiciones de salud de la población (Unger y De Paepe, 2019; Rahman, 2020; Turino y otros, 2021; Milcent y Zbiri, 2022; Bahia, 2022).

Entre los supuestos formulados en el trabajo, cabe subrayar la singularidad de los procesos de privatización y el estímulo que las políticas gubernamentales brindaron a la expansión del mercado de planes y seguros de salud en los cuatro países. A continuación se exponen los principales hallazgos que refuerzan los supuestos formulados y que contribuyen a la lectura propuesta para el tema de estudio.

1. Límites a los procesos de privatización

Se puede afirmar que en todos los casos estudiados hubo un proceso de privatización. Sin embargo, también se detectaron límites a ese proceso. De conformidad con la propuesta de análisis de Maarse (2006), se hallaron límites contextuales y políticos, así como límites impuestos por las políticas que competían con las estudiadas —que ingresaban al debate legislativo y, en función de ello, podían ser tratadas y debatidas en el Congreso—, por las políticas específicas del sector, y por la resistencia de los actores sociales que tenían capacidad para ejercer presión en el proceso de toma de decisiones.

Los límites contextuales estaban vinculados con problemas estructurales presentes en las políticas de los cuatro países, como el desempleo, el mercado de trabajo informal y el nivel de ingresos. En cuanto a las políticas que actuaron como límites a la privatización, se observaron las decisiones políticas de

ampliar la cobertura de salud. En esa situación, cabe mencionar el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (Plan AUGE-GES)³, que permite entender la complejidad del tema, ya que funcionó al mismo tiempo como límite y como estímulo a la privatización. Funcionó como límite porque frenó el crecimiento de la cantidad de personas que estaban cubiertas por planes de salud comercializados por isapres, y al mismo tiempo llevó a que aumentara el número de personas con seguro social público (FONASA); por otra parte, estimuló la privatización porque se traspasaron fondos públicos a las instalaciones privadas (que debido al proceso de integración vertical pertenecían en gran parte a las isapres) para que, entre otros motivos, se cumplieran las garantías exigidas por el Plan AUGE-GES.

Entre los factores que constituyen un freno al proceso de privatización del sistema de salud, se encuentran el mayor control del Estado respecto del financiamiento de la seguridad social, el fortalecimiento del sistema de seguro público de salud y el mayor control sobre la calidad de las prestaciones de salud (Okma y otros, 2010; Lenz, 2007; Hertel-Fernandez, 2009).

Desde una perspectiva opuesta, destacan los trabajos en los que se advierte que el Plan AUGE profundizó la tendencia privatizadora (Tetelboin, 2013; Goyenechea y Sinclair, 2013; Parada y otros, 2014). En esos trabajos se mencionan aspectos como la creación de una nueva desigualdad entre los beneficiarios que tenían patologías incluidas en el AUGE y los que tenían patologías no incluidas en él, así como la introducción de una lógica privatizadora que permitía que en el sistema se contrataran clínicas privadas cuando los servicios públicos no pudiesen responder a la demanda de quienes requirieran atención en el marco de las exigencias legales del plan AUGE. Según Tetelboin (2013), con el Plan AUGE se instauró en el sistema de salud una nueva articulación público-privada que conducía a una mayor privatización. En la misma línea, Goyenechea y Sinclair (2013) llaman la atención sobre cómo ese proceso de contratación de la red privada llevó a que se traspasaran cantidades importantes de dinero del Estado hacia esa red.

En cuanto a los actores relevantes de ese proceso, el Poder Judicial desempeñó un rol fundamental para establecer un límite a las políticas de privatización, sobre todo en Colombia y Chile. En el caso del primero, se debe destacar que el papel de la Corte Constitucional fue clave en el proceso de movilización y demanda social que diversas organizaciones sociales llevaron adelante en torno al derecho a la salud. Cabe mencionar la importancia que tuvo la sentencia T-760/08, en virtud de la cual, sobre la base de la recopilación de una serie de casos vinculados al incumplimiento de ese derecho por parte de las entidades promotoras de salud, se ordenó al Estado que aplicara medidas estructurales para garantizar el acceso efectivo al sistema (Abadía y Oviedo, 2009; Rodríguez Garavito, 2012; Borrero Ramírez, 2014); también se creó la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR), conformada por organizaciones del ámbito académico, político y social, que desempeñó un papel esencial en el seguimiento legislativo de la sentencia y la formulación de la reforma del sistema que se llevó a cabo en 2015 con la Ley Estatutaria núm. 1751. En el caso de Chile, la sentencia 1710-INC del Tribunal Constitucional de 2010, iniciada de oficio para decidir sobre la constitucionalidad del artículo 38 ter referido a los factores de riesgo, ha sido ampliamente utilizada como jurisprudencia tanto por el Poder Judicial como por el organismo regulador y, al igual que en el caso de Colombia, fue uno de los fundamentos en que se basó la propuesta de reforma del sistema de salud formulada en 2014 durante el gobierno de Michelle Bachelet.

En ambos países, las sentencias de la Corte Constitucional, en el caso de Colombia, y del Tribunal Constitucional, en el caso de Chile, han obligado a los gobiernos a elaborar medidas efectivas destinadas a establecer mayores protecciones económicas y de acceso para los clientes de las

³ El Plan AUGE-GES se presentó inicialmente en 2004 como régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), y entró en vigor en 2005. En él se establecían un conjunto de prestaciones mínimas que eran obligatorias para los administradores públicos y privados (FONASA e isapres). Al principio, el plan cubría 56 patologías; hoy en día cubre 85. Fue una de las políticas centrales del Gobierno del Presidente Lagos (2000-2006). En los análisis de la política se plantea que los resultados tuvieron aspectos positivos, pero también se pone de relieve que, para lograr su aprobación, el Gobierno debió hacer concesiones importantes que condujeron a la modificación de aspectos clave del proyecto original.

organizaciones que comercializan planes y seguros de salud, así como más restricciones y controles sobre las actividades de esas organizaciones (Luzuriaga, 2018).

También ha habido límites a la privatización vinculados a las políticas que competían con las que se seleccionaron en el presente trabajo. En ese sentido, adquiere particular relevancia el caso de la privatización del sistema previsional y la ley de flexibilización laboral de la Argentina, que pasó a estar en el centro del debate político, desplazando a un segundo plano el proyecto de competencia entre las obras sociales. En el marco de la crisis de legitimidad sindical, De Fazio (2013) destaca el papel central que la cúpula sindical desempeñó en la sanción y aplicación de las leyes de flexibilización laboral y de privatización de la previsión social, así como a la hora de limitar la reforma estructural del sistema de salud que había propuesto el Ministerio de Economía. Según De Fazio (2013, pág. 310):

La derrota en el campo de la regulación laboral durante esos años se entiende como la contraprestación por el aumento de los recursos que las cúpulas dirigenciales obtendrían para financiar sus servicios sociales. En este sentido, algunos sindicatos comenzaron a participar como accionistas en las privatizaciones de empresas públicas, como accionistas de administradoras de fondos de jubilaciones y pensiones (AFJP), entre otros beneficios que hicieron que esta nueva estrategia sindical sea denominada como “sindicalismo empresario”.

Se plantea como hipótesis que la coexistencia temporal de esas políticas en el debate legislativo y político limitaron la capacidad de negociación del Gobierno con el movimiento sindical. A su vez, la creciente decadencia de las cúpulas sindicales, que tras la aprobación de las dos leyes señaladas quedaron aún más deslegitimadas, contribuyó a que la Confederación General del Trabajo (CGT) adoptara un posicionamiento más radical. Por último, no se subestima el riesgo que el avance del proyecto de reforma, así como la libre competencia con las empresas de medicina prepaga, implicaban para el sindicalismo en relación con la pérdida o la reducción del control sobre los fondos de las obras sociales.

El proyecto de desregulación total de las obras sociales se descartó, y la reforma implementada contó con la participación del sindicalismo. La primera huelga general realizada por la CGT tuvo lugar cuando el Gobierno intentó liberalizar la competencia entre las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, lo que concluyó en el Decreto núm. 9/1993 en que solo se establecía competencia entre las propias obras sociales (De Fazio, 2013). Ese tipo de límites a los procesos de privatización no se han observado en los otros países estudiados.

2. Estímulos a los procesos de privatización

Cuando se analizan los estímulos a la privatización, se destacan en primer lugar los argumentos esgrimidos por los representantes de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud; en ese sentido, se encuentran semejanzas en los cuatro países estudiados. Entre esos argumentos, sobresalen los siguientes: la incapacidad del Estado para responder a las necesidades de utilización de los servicios de salud y acceso a ellos; la insuficiencia del Estado para atender al conjunto de la población; los modelos considerados virtuosos, como los de Chile y Colombia; el miedo a la estatización; la incompetencia del sector público para administrar los recursos, y la falta de comprensión o de conocimiento por parte de las personas y del Estado sobre el rol del sector privado y el del sector público. Esos argumentos resultan particularmente pertinentes para el análisis de los efectos de las políticas públicas, considerando las posiciones de poder que los actores del sector privado han ocupado, a través de sus cámaras y organizaciones, y de su capacidad para ejercer presión en las instancias de toma de decisiones relativas a las políticas del sector.

En todos los países se observa la existencia de normas legales que destinan fondos públicos al sector privado de la salud (a las empresas y los grupos económicos que comercializan planes

de salud)⁴. Esas normas se expresan en políticas de estímulo a la oferta y a la demanda de planes y seguros de salud. La política de libre elección de la Argentina, y la de deducciones y exenciones fiscales otorgadas a las empresas que contratan planes y seguros de salud y a las personas que los adquieren en el Brasil, son claros ejemplos de ese tipo de políticas. También se pueden mencionar las líneas de créditos, los préstamos y los subsidios que se conceden a esas empresas y a esos grupos económicos en los cuatro países.

3. Aspectos comunes de los procesos de privatización

En cuanto a las generalidades que se observan en todos los casos, se encuentran los siguientes temas que aparecen una y otra vez en el contenido de la legislación: regulación de las coberturas mínimas; mecanismos para reducir las diversas formas de selección adversa (clasificación, segmentación o selección de riesgos)⁵; control del aumento de las cuotas; intento de perfeccionar o crear sistemas de registro y de información más adecuados a la realidad del sector y a las demandas de los usuarios, y propuestas de mejora o de implementación de un sistema de recuperación de costos hospitalario que permita reintegrar los gastos en que incurre el sector público cuando se prestan servicios a afiliados que tienen cobertura privada.

También se detectó el uso de las expresiones “libre elección” o “libre opción” en la normativa vinculada principalmente a los marcos regulatorios de las empresas que comercializan planes y seguros privados de salud. Es necesario cuestionar esas expresiones, ya que esa libre elección no es tal en ninguno de los casos. En la Argentina, no todas las personas que tienen un trabajo pueden derivar sus aportes; en Chile y Colombia, por su parte, hay un componente obligatorio por el cual un porcentaje del salario de esas personas se descuenta automáticamente para la seguridad social.

Los argumentos de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud constituyen otro elemento común que se observa en los cuatro casos. Entre esos argumentos, destacan los siguientes: indignación frente a la judicialización; afirmación de que las personas y el Estado no comprenden correctamente el papel que el sector privado desempeña en el sistema de salud; énfasis en su propia capacidad y eficiencia, así como en el componente innovador que aportan a dicho sistema; mención de la incapacidad de las instituciones públicas como fundamento de su propia participación, y exceso de regulación como elemento que inviabiliza la actividad. También resulta interesante la reflexión que esas organizaciones hacen en cuanto al derecho de las personas a tener un acceso diferenciado si cuentan con capacidad de pago. En un caso asocian ese hecho a la metáfora del avión que tiene diferentes clases. Además, cuestionan enérgicamente las normas en que se exige ampliar la cobertura obligatoria y en que se restringe la posibilidad de seleccionar a la hora de admitir personas con enfermedades crónicas, así como aquellas en que se controlan las cuotas: denuncian ese tipo de normas como medidas inconstitucionales que amenazan la libertad de la iniciativa privada y la supervivencia del sector, y destacan que son demagógicas y que reflejan un desconocimiento total del sector.

En general, los colegios médicos han desempeñado un papel de cooperación con las políticas que han promovido la privatización, específicamente la expansión de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud. Un argumento que se ha esgrimido de forma recurrente es que esas organizaciones son una fuente de trabajo imprescindible. Sin embargo, también se observan resistencias. En el caso de Chile, resulta interesante destacar las movilizaciones que el Colegio Médico y el Sindicato de Médicos llevaron a cabo cuando se comenzó a implementar el Plan AUGE. En esas movilizaciones

⁴ Si bien la actividad principal de las empresas y los grupos económicos estudiados es la comercialización de planes y seguros de salud, en algunos casos encontramos que esas organizaciones también participan en el mercado empresarial hospitalario, en el de insumos médicos, en el de diagnóstico y en el de enseñanza médica, entre otros ámbitos vinculados a la asistencia de la salud, así como en otras áreas, como el sector audiovisual.

⁵ Véase un análisis de la categoría “selección adversa” en el mercado de la salud en Bahía (2018).

se alertó sobre los riesgos que planteaban los elementos privatizadores que dicho Plan contenía. En el caso de Colombia, la Ley núm. 100 de 1993 también generó resistencias en los colegios médicos, los cuales participaron de forma activa en los diversos espacios de debate relativos a la Ley Estatutaria.

En cuanto a las organizaciones que representan a las clínicas y los hospitales privados, se observa que estuvieron presentes en las coaliciones y en los debates, y que tuvieron una posición clara frente a la política que tenía por objeto promover el control técnico administrativo por parte del Estado.

Los sindicatos de trabajadores actuaron estableciendo un límite claro a las medidas privatizadoras, como se vio en la Argentina y Colombia. En Chile también ocurrió, pero en menor medida. En el caso del Brasil, esos sindicatos adoptaron una postura favorable a las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud.

Sin duda, las instituciones gubernamentales también desempeñaron un papel relevante en las políticas analizadas. Algunas han sido más activas, como la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Argentina, cuando se formuló el proyecto de ley de empresas de medicina prepaga. En todos los casos, las instituciones de fiscalización y control del Estado se crearon cuando el sector de las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud ya estaba consolidado, y algunas se crearon durante el proceso de reglamentación.

Las diversas instituciones tienden a naturalizar la existencia del mercado⁶. En todos los casos se observa una circulación fluida entre los directivos de las organizaciones de comercialización de planes y seguros de salud y los de las instituciones de fiscalización y control del sector, lo que dificulta el control efectivo sobre las primeras, ya que el papel del controlador y el controlado se ve desdibujado. Ese fenómeno ha sido denominado “puerta giratoria” o “circulación público-privada”⁷.

Retomando el análisis realizado en un trabajo anterior (Luzuriaga, 2018), se sostiene que la creciente judicialización en los países estudiados da cuenta de los vacíos legislativos y de las limitadas capacidades estatales para regular el sector. Como se advierte en el estudio mencionado, a partir de la recopilación de datos primarios y secundarios, se observa un perfil de reclamos similar, entre los que se destacan los relativos al aumento de las cuotas, a la negativa de otorgar determinadas prestaciones o a las restricciones de la cobertura de estas, y a la modificación unilateral de las condiciones de los contratos.

Ese fenómeno no es exclusivo de los países estudiados ni de la región, ya que, como se observa en trabajos como el de André, Batifoulier y Jansen-Ferreira (2016), cuando se estudian los sistemas de salud de los países europeos en que hay presencia de seguros privados, se llega a resultados similares, y de esa manera se cuestiona con datos empíricos la respuesta promovida por diversos organismos internacionales en que se recomienda ampliar la cobertura de los planes y seguros privados de salud para mejorar las condiciones de acceso de la población a las prestaciones de esta.

En cuanto al Poder Legislativo, en el relato de los debates no se observa polarización. La excepción parece haber sido el debate sobre el capítulo de salud de la Constitución brasileña de 1988. Por otra parte, el Poder Judicial del Brasil sí se posicionó de forma contundente a favor de los derechos de los clientes de los planes y seguros de salud. En algunos casos, como en Colombia y Chile, ese Poder desempeñó un papel activo y exigió que el Ejecutivo adoptara medidas estructurales para resolver los problemas recurrentes de acceso de la población y negación de la cobertura. En Colombia, la participación de las organizaciones sociales fue fundamental para hacer efectiva la sentencia de la Corte Constitucional, en la medida en que se instaló y se mantuvo visible el debate sobre los problemas estructurales del sistema de salud colombiano y los aspectos clave de estos.

⁶ En el caso del Brasil, se recomienda leer Sestelo, Souza y Bahia (2013).

⁷ Según Castellani, la llamada “puerta giratoria” se define de esa manera en la bibliografía de las elites (Gormley, 1979; Eckert, 1981; Cohen, 1886; Che, 1995) y se puede observar al analizar la multiposicionalidad y la circulación de los miembros de la elite económica en el ámbito privado y estatal (Castellani, 2016).

IV. Respuestas y desafíos de los sistemas de salud ante la pandemia

Ante la irrupción de la pandemia de COVID-19, se han puesto de manifiesto innumerables situaciones que reflejan las limitaciones y debilidades de las instituciones y políticas de América Latina, en particular de los sistemas de salud. En línea con lo expuesto en diferentes trabajos, los sistemas de salud de la Argentina y de los demás países de la región están muy fragmentados, segmentados y subfinanciados, y su capacidad de respuesta a las demandas de salud de la población reproduce y amplía la desigualdad estructural de las sociedades.

Sin duda, en un contexto de creciente desigualdad, los esfuerzos no deberían ser iguales para todos, ya que eso negaría la desigualdad de las sociedades y sería un acto de injusticia social. Durante la pandemia se hizo aún más evidente que no todos sufren las crisis de la misma manera: como se señala en un informe reciente de Oxfam (Ruiz, 2020, citada en López y Sturla, 2020), la riqueza de los grupos económicos más ricos y con más ingresos ha aumentado de manera significativa.

Como se ha expuesto en el presente trabajo, el sector privado de los países de la región ha desempeñado un papel protagónico a la hora de definir las políticas de salud. A raíz de la pandemia, esos sectores fueron de los más beneficiados con diversos tipos de subsidios, y en todos los casos analizados han logrado resistir los intentos de los gobiernos de integrar de forma temporal los recursos sanitarios para brindar una respuesta más efectiva a la crisis.

Vale la pena destacar que, en los Estados Unidos, país en cuyo sistema de salud hay más participación de empresas que comercializan planes y seguros privados, esas empresas declararon un aumento de sus márgenes de lucro durante la pandemia (Abelson, 2020). En el segundo trimestre de 2020, el retorno financiero de empresas como Anthem, Humana y UnitedHealth Group fue superior al del mismo período de 2019 (Abelson, 2020; Andrietta y otros, 2021, pág. 8).

Por ello, en el contexto de la pandemia de COVID19, no es menor saber qué papel están dispuestos a desempeñar los representantes de ese sector, y qué costos están dispuestos a asumir frente a la magnitud y la gravedad de algunos hechos como la emergencia sanitaria que conlleva una pandemia. A continuación se exponen algunas posiciones que se difundieron al inicio de la pandemia en la Argentina, a partir de declaraciones de los principales voceros de las empresas de medicina prepaga: “hoy todos somos eslabones de la salud pública”⁸, “el tratamiento de esta crisis requiere compromisos y responsabilidad de todos los actores sociales y políticos en aras del bien común”⁹; “ahora no hay lugar para la especulación ni para la mezquindad”¹⁰.

La participación de las empresas del sector privado, sobre todo en lo que respecta a las acciones destinadas a dar una respuesta coordinada y a acompañar las políticas de gobierno, fue poco relevante en relación con las demandas y exigencias expresadas desde el inicio de la pandemia. A modo de ejemplo se puede mencionar un intento fallido que tuvo lugar en el primer semestre de 2020, cuando el ex Ministro de Salud de la Argentina, Ginés González García, anunció que se estaba estudiando un proyecto para formular un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) que tenía por objeto integrar los recursos públicos y privados de salud como bien público, a fin de que el Estado nacional contara con mayor capacidad de rectoría y coordinación para hacer frente a la pandemia. Ese proyecto no llegó a presentarse, y al poco tiempo fue descartado. Algunas entidades sectoriales definieron esa propuesta como una medida de “populismo sanitario”¹¹. En ese contexto, el sector privado de la salud

⁸ Véase Fortuna (2020).

⁹ Véase Infobae (2020a).

¹⁰ Véase Infobae (2020b).

¹¹ Véase La Nación (2020).

se vio favorecido por diversos subsidios, por la reducción de los impuestos y por la disminución de los gastos debido a la menor demanda de estudios, consultas y tratamientos durante los períodos de confinamiento. Un estudio del Centro de Economía Política Argentina (CEPA) sobre el desempeño de las empresas de medicina prepaga durante la pandemia demuestra que las principales empresas —Galeno, Medicus, Medifé, Omint, OSDE y Swiss Medical— percibieron ingresos por un importe de 6.800 millones de dólares anuales en promedio en el período comprendido entre 2015 y 2020, y que, en conjunto, acumularon 44.400 millones de dólares. Las seis empresas mencionadas concentran al 76% de los poco más de 6 millones de afiliados (directos o indirectos) a la medicina prepaga. En el informe también se constata que, en lo que atañe a los ingresos per cápita, la evolución es similar, y que estos fueron de 1.000 a 1.500 dólares por persona, aproximadamente, sin demasiada dispersión entre las distintas compañías. En cuanto al resultado operativo per cápita, la evolución muestra caídas en 2017 y 2019, y una fuerte recuperación en 2020 (CEPA, 2022).

En un trabajo reciente, se formuló un marco conceptual destinado a clasificar el desempeño de los diversos países a la hora de responder a la pandemia. En línea con lo que se ha planteado en el presente trabajo, al evaluar los resultados resulta interesante el papel de la política y la relevancia que ha tenido el tiempo en la toma de decisiones de los gobiernos. La hipótesis que se formula en ese trabajo es que la capacidad de respuesta de los sistemas de salud es un aspecto fundamental, pero no suficiente, para enfrentar la pandemia, que las medidas políticas de confinamiento y el hecho de que se decreten a tiempo desempeñan un papel central, y que en la presencia diferenciada de esas tres dimensiones, y en su interrelación, surgen escenarios y resultados diversos que determinan un devenir diferente de la pandemia en cuanto a la propagación comunitaria del virus y la ocurrencia de casos y muertes ante la inexistencia de vacunas y tratamientos (Herrero y Belardo, 2020). Las autoras de ese trabajo plantean que las interacciones de esas variables determinan la evolución de la epidemia en cada país. El análisis de las variables en diferentes países les permitió agrupar a estos últimos en tres grupos que se denominaron “negacionistas”, “gradualistas” y “estrictos”, según su reacción a la pandemia.

Sobre la base de las medidas adoptadas en la Argentina, el país se clasificó en el grupo de los países estrictos. Según las autoras, en ese grupo se aceptó la nueva realidad de forma inmediata, y se aplicaron medidas rápidas y drásticas: “ninguno titubeó y bloquearon paulatinamente las fronteras, los eventos masivos, la presencia en las aulas de los estudiantes y el traslado de las personas a sus trabajos” (Herrero y Belardo, 2020, pág. 110).

Por último, respecto al caso argentino, entre los desafíos que se planteó el Gobierno, se destaca la propuesta que la Vicepresidenta anunció a fines de 2020, en la que expresó la necesidad de integrar el sistema de salud y convocó a todas y a todos a participar en la construcción del sistema nacional integrado de salud:

Tenemos que ir a un sistema nacional integrado de salud entre lo público, lo privado y las obras sociales que optimice recursos. La pandemia nos dio la oportunidad de reformular el sistema de salud en tiempo récord, pero es necesario hacer un esfuerzo diferente. (Página 12, 2020)

El Brasil, por su parte, fue clasificado en el grupo de los países negacionistas. Ese país comparte con los Estados Unidos, Inglaterra y México el hecho de haber negado durante un tiempo prolongado la gravedad de la pandemia y de haber centrado su preocupación en la parálisis económica. Asimismo, en ese país la pandemia llevó a que el Sistema Único de Salud (SUS) adquiriera una gran legitimidad social¹². Como señala Bahía (2022), la frase “si no fuera por el SUS sería mucho peor” es la forma en que se expresó el respeto y el agradecimiento por una política pública universal como esa.

¹² El SUS es una de las políticas públicas universales más reconocidas y defendidas por la sociedad brasileña y por un amplio espectro político, a pesar de las limitaciones presupuestarias y políticas que ha atravesado y que han limitado su alcance (véanse Escorel (1999) y Paim y otros (2011)).

Las estrategias destinadas a bloquear la propagación del virus se volvieron inaccesibles, sobre todo debido a los cuatro factores mencionados por Bahía:

La minimización de la magnitud de la pandemia y el descrédito de las pautas científicas; la adopción de un programa oficial engañoso de “tratamiento temprano” (uso de medicamentos ineficaces) [...]; las políticas insuficientes e intermitentes de asistencia monetaria de emergencia y el retraso en la ampliación de la capacidad instalada de camas de cuidados intensivos; y, por último, las discontinuidades administrativas y la mala gestión financiera en el Ministerio de Salud, así como la inacción de los comités de crisis. (Bahía, 2022, pág. 2)

En cuanto al comportamiento de las empresas de comercialización de planes y seguros de salud en el Brasil, estas no desempeñaron un papel destacado en las acciones que tenían por objeto controlar la transmisión del COVID19. Como se señala en el trabajo de Andrietta y otros (2021, pág. 19), esas empresas no protagonizaron acciones de protección de la salud ni tampoco garantizaron la atención diferenciada recomendada por el Ministerio de Salud respecto de la realización de exámenes específicos.

Desde las entidades científicas brasileñas y los movimientos de la sociedad civil, se impulsó un debate destinado a unificar el uso de los recursos públicos y privados para cuidar la salud de los pacientes graves. El debate llegó al Congreso y a instancias del Poder Judicial, pero no avanzó. La Agencia Nacional de Salud Suplementaria, por el contrario, tomó medidas que expresaron la defensa de los intereses sectoriales, y realizó recomendaciones orientadas a mantener los procedimientos selectivos y los incentivos dirigidos a inducir la preservación de los contratos (Andrietta y otros, 2021).

Podemos afirmar que lo que se ha observado desde el inicio de la pandemia ha sido la ausencia de colaboración y la negativa a colaborar de las empresas que comercializan planes y seguros de salud, así como una continuidad de las políticas públicas de flujo de recursos públicos hacia el sector privado.

En el trabajo mencionado anteriormente, Chile fue asignado al grupo de los países gradualistas. Según las autoras, esos son los países que “fueron aplicando progresiva y, en algunos casos, muy tíbiamente, medidas de aislamiento físico hasta que se hizo evidente la progresión de la enfermedad y el ascenso exponencial de las muertes” (Herrero y Belardo, 2020, págs. 105-106). Asimismo, los sistemas de salud de esos países colapsaron con rapidez debido a la demora en aplicar medidas de contención y mitigación.

En cuanto al análisis de los desafíos que se enfrentan en Chile, no se pueden perder de vista las intensas movilizaciones sociales de izquierda que han desencadenado un fuerte proceso de cuestionamiento de las políticas neoliberales y de los gobiernos posteriores a la dictadura de Pinochet, por su incapacidad para reducir la desigualdad estructural. Entre las demandas y los reclamos principales, destacan las desigualdades presentes en el sistema de salud y los incumplimientos recurrentes de las isapres al no otorgar una prestación adecuada de salud a pesar de constituir un sector muy lucrativo y beneficiado por las políticas públicas.

Ese contexto de grandes movilizaciones condujo a la elección de un gobierno con fuerte respaldo popular. En su primer discurso como presidente, el 11 de marzo de 2022, Gabriel Boric destacó el papel de las movilizaciones sociales y la centralidad que la perspectiva de género y la de derechos humanos tendrán en sus políticas:

[...] son parte protagónica de este proceso. El pueblo de Chile es protagónico. No estaríamos aquí sin las movilizaciones sociales. Llegamos aquí a entregarnos en cuerpo y alma. “He visto sus caras” dijo Boric, para pasar a enumerar a la comunidad LGBTI+, a los estudiantes endeudados, a los que buscan a los detenidos desaparecidos, a los niños, entre otros. “Con ustedes es mi compromiso”. (*El Mostrador*, 2022)

Al anunciar sus primeras medidas, Boric hizo referencia al sector de la salud: “La pandemia sigue su curso, con un saldo de pérdida de vidas [...]. Tenemos que abrazarnos en sociedad, tenemos que

volver a sonreír. Qué importante es cuando en el pueblo nos queremos unos a otros. Salimos adelante juntos y juntas” (*El Mostrador*, 2022).

En el marco del análisis de las posibilidades de transformación del sistema de salud chileno, se destaca el proceso de trabajo sostenido desde el inicio del actual Gobierno para la elaboración de una propuesta de reforma hacia un sistema único de salud en que el FONASA desempeñará un rol central en lo referente al financiamiento y el control del sistema en su conjunto.

En el contexto planteado, se abre la posibilidad de construir un sistema de salud universal en que el sector público se fortalezca y en que el financiamiento provenga de los impuestos generales. Recordemos que a inicios del Gobierno de Bachelet se hizo una propuesta similar, que no logró adquirir estado parlamentario para ser debatida. Si la propuesta actual se materializa, será una referencia muy importante para toda la región, sobre todo si se considera que Chile fue un país pionero en la aplicación de varias políticas de privatización, principalmente respecto al sistema de salud.

V. Algunas consideraciones e interrogantes

En este análisis se propuso una lectura cuyo objetivo fue poner de relieve las contradicciones y tensiones que había tanto en algunas explicaciones predominantes en la producción académica sobre los sistemas y políticas de salud de la región como en los procesos de privatización de los sistemas de salud. Por otra parte, de modo más indirecto, la intención fue analizar la pertinencia o la capacidad explicativa de algunas categorías de análisis que se han utilizado de forma recurrente para explicar el éxito o el fracaso de las políticas de salud.

En las políticas estudiadas en los diversos casos, se encuentran semejanzas y coincidencias en cuanto al carácter de los conflictos, los actores implicados, las posiciones y los argumentos que estos esgrimen, y el contenido de la legislación. Entre las semejanzas, interesa subrayar la existencia de límites a la privatización. Esos límites se debieron a fallas del mercado, a fallas de la reglamentación y a límites estructurales. Como se ha afirmado en el transcurso de todo el trabajo, el mercado de los planes y los seguros de salud está determinado por el mercado de trabajo, y, en los países estudiados, el comportamiento de ese mercado se caracteriza por una gran inestabilidad e informalidad.

El marco teórico utilizado muestra aspectos que han sido poco mencionados en el debate sobre los sistemas de salud en América Latina, sobre todo en lo que se refiere a la privatización. En la mayoría de los trabajos existentes, se presupone que la privatización es una insuficiencia del sistema, una consecuencia no buscada, y por lo tanto no es tratada como un cuerpo de ideas y proyectos intencionados en que el Estado y las diversas organizaciones institucionales han desempeñado un papel central.

Sobre la base de los supuestos y los resultados presentados, se sugiere la necesidad de avanzar en la elaboración de estrategias de análisis novedosas que sean capaces de orientar y acompañar los movimientos complejos y cambiantes de las relaciones público-privadas en los sistemas de salud. A partir de un conocimiento riguroso y sistemático en esta línea de investigación, es posible hallar espacios de actuación pertinentes para diseñar acciones que permitan incidir en propuestas de modelos de salud más igualitarios y solidarios. Como se señaló en un trabajo reciente (Luzuriaga y otros, 2021), el contenido del debate debería estar orientado a intercambiar ideas sobre los siguientes aspectos, entre muchos otros:

- ¿Cuál es la dimensión adecuada de cada uno de los subsectores y qué diferencias es admisible que haya entre ellos?
- ¿Qué características debería adquirir el subsector privado para tener un comportamiento solidario y contribuir a la equidad del sistema?

- ¿Qué diferencias en el acceso a la salud pueden ser socialmente aceptables?
- ¿Cómo se podría generar una integración que permitiera lograr una compensación más adecuada de los gastos?
- ¿Cómo hacer un uso racional de los recursos sin reducir la calidad y la cobertura de las prestaciones?
- ¿Cómo mejorar la transparencia en la asignación de los recursos?
- ¿Cómo integrar los sistemas de información existentes en los subsectores para que se pueda planificar y tomar decisiones de forma adecuada?
- ¿Cómo adecuar las rentas extraordinarias de algunos subsectores?
- ¿Cómo garantizar que toda la población tenga un acceso adecuado al sistema de salud?
- ¿Cómo lograr que los recursos se distribuyan de forma más equitativa?

Los cambios estructurales son poco comunes y no se producen en vacíos de poder, principalmente cuando están dirigidos a ampliar los derechos y a redistribuir, y sobre todo en sociedades en que los grupos económicos y los sectores con mayores niveles de ingresos y riqueza han limitado o imposibilitado el avance de ese tipo de políticas. Por ello y por todo lo expuesto, establecer alianzas y agendas comunes centradas en políticas prioritarias, como la construcción de un sistema de salud universal, igualitario e integral, puede y debe ser una bandera que se integre a otras demandas y fortalezca la lucha colectiva de los países de la región.

Bibliografía

- Abadía, C. E. y D. G. Oviedo (2009), “Bureaucratic Itineraries in Colombia: a theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems”, *Social Science & Medicine*, vol. 68, N° 6, marzo.
- Abelson, R. (2020), “Major U.S. health insurers report big profits, benefiting from the pandemic”, *The New York Times*, 5 de agosto [en línea] <https://www.nytimes.com/2020/08/05/health/covid-insurance-profits.html>.
- 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*, vol. 10, N° 3, mayo-junio.
- André, C., P. Batifoulier y M. Jansen-Ferreira (2016), “Privatisation de la santé en Europe: un outil de classification des réformes” (hal-01256505), *Hal Open Science*, 14 de enero [en línea] <https://hal-univ-paris13.archives-ouvertes.fr/hal-01256505>.
- Andrietta, L. S. y otros (2021), “Empresas de plano de saúde no Brasil: crise sanitária e estratégias de expansão”, Río de Janeiro, Fundación Oswaldo Cruz.
- Bahia, L. (2022), “Después de la ola ómicron: el legado de la pandemia para Brasil”, *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 40, N° 1, enero-abril.
- _____(2018), “Informação assimétrica”, *Dicionário de empresas, grupos econômicos e financeirização na saúde*, J. F. C. Lima (coord.), São Paulo, Hucitec Editora.
- _____(1999), “Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil”, tesis de doctorado en salud pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundación Oswaldo Cruz.
- Bahia, L. y otros (2016), “Planes privados de salud con coberturas restringidas: actualización de la agenda privatizadora en el contexto de crisis política y económica en Brasil”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 32, N° 12, Fundación Oswaldo Cruz.
- Belmartino, S. y C. Bloch (1993), “La medicina prepaga en Argentina: su desarrollo desde los años sesenta”, *Cuadernos Médicos Sociales*, vol. 64, julio.
- Borrero Ramírez, Y. E. (2014), *Luchas por la salud en Colombia*, Santiago de Cali, Sello Editorial Javeriano.
- Castellani, A. (coord.) (2016), *Radiografía de la elite económica argentina: estructura y organización en los años noventa*, San Martín, UNSAM EDITA.

- CEPA (Centro de Economía Política Argentina) (2022), “Desempeño de las principales empresas argentinas (2015-2022): análisis de las ventas, rentabilidad y costos laborales en los Estados Contables”, *Informe CEPA*, N° 248 [en línea] <https://centrocepa.com.ar/images/2022/09/20220911-empresas.pdf>.
- Che, Y. K. (1995), “Revolving doors and the optimal tolerance for agency collusion”, *The RAND Journal of Economics*, vol. 26, N° 3.
- Cohen, J. E. (1986), “The dynamics of the ‘revolving door’ on the FCC”, *American Journal of Political Science*, vol. 30, N° 4, noviembre.
- De Fazio, F. L. (2013), “Relaciones entre el Estado y los sindicatos y sus consecuencias en torno al régimen de obras sociales en Argentina: un análisis histórico-político”, *Salud Colectiva*, vol. 9, N° 3, diciembre.
- Eckert, R. D. (1981), “The life cycle of regulatory commissioners”, *The Journal of Law & Economics*, vol. 24, N° 1, abril.
- El Mostrador* (2022), “En emotivo discurso, Presidente Gabriel Boric cita a Allende: ‘Estamos abriendo las grandes alamedas por donde pase el hombre y la mujer libre’”, 11 de marzo [en línea] <https://www.elmostrador.cl/destacado/2022/03/11/en-emotivo-discurso-presidente-gabriel-boric-cita-a-allende-estamos-abriendo-las-grandes-alamedas-por-donde-pase-el-hombre-y-la-mujer-libre/>.
- Escorel, S. (1999), *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*, Río de Janeiro, Editora FIOCRUZ.
- Fortuna (2020), “Gabriel Barbagallo, de Osde: ‘Hoy todos somos eslabones de la salud pública’”, 21 de marzo [en línea] <https://fortuna.perfil.com/2020-03-21-210261-gabriel-barbagallo-de-osde-hoy-todos-somos-eslabones-de-la-salud-publica>.
- Gormley, W. T., Jr. (1979), “A test of the revolving door hypothesis at the FCC”, *American Journal of Political Science*, vol. 23, N° 4, noviembre.
- Goyenechea, M. y D. Sinclair (2013), “La privatización de la salud en Chile”, *Políticas Públicas*, vol. 6, N° 1, Universidad de Santiago de Chile, julio.
- Goyenechea, M. y F. Ruiz (2020), *Multinacionales en América Latina: una caracterización a partir del sector salud en Brasil, México, Colombia, Perú, Paraguay y Chile*, Fundación Nodo XXI [en línea] <https://www.nodoxi.cl/publicaciones/multinacionales-en-america-latina/>.
- Herrero, M. B. y M. Belardo (2020), “Negacionistas, gradualistas y estrictos: el complejo engranaje entre las políticas, el tiempo y los sistemas de salud”, *Posnormales*, P. Amadeo (ed.), ASPO.
- Hertel-Fernández, A. (2009), “Retrenchment reconsidered: continuity and change in the post-authoritarian institutions of Chilean social policy”, *Social Policy & Administration*, vol. 43, N° 4, julio.
- Infobae (2020a), “Coronavirus: los prestadores de medicina privada le pidieron ayuda al Gobierno para pagar aumentos y costos extra por la enfermedad”, 12 de marzo [en línea] <https://www.infobae.com/economia/2020/03/12/coronavirus-los-prestadores-de-medicina-privada-le-pidieron-ayuda-al-gobierno-para-pagar-aumentos-y-costos-extra-por-la-enfermedad/>.
- _____(2020b), “Claudio Belocopitt: ‘Estamos preparándonos con todas las alternativas y la gente lo tiene que saber: esto es una guerra’”, 18 de marzo [en línea] <https://www.infobae.com/sociedad/2020/03/19/claudio-belocopitt-estamos-preparandonos-con-todas-las-alternativas-y-la-gente-lo-tiene-que-saber-esto-es-una-guerra/>.
- La Nación (2020), “Populismo sanitario: ¿un Vicentin en la salud?”, 11 de julio [en línea] <https://www.lanacion.com.ar/editoriales/populismo-sanitario-un-vicentin-salud-nid2395034/>.
- Lenz, R. (2007), “Proceso político de la reforma AUGE de salud en Chile: algunas lecciones para América Latina. Una mirada desde la economía política”, *serie Estudios Socioeconómicos*, N° 38, Santiago, Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN).
- López, R. E. y G. Sturla (2020), “Hiperfortunas y superricos: ¿por qué tiene sentido un impuesto al patrimonio?”, *Revista CEPAL*, N° 132 (LC/PUB.2021/4-P), edición especial, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), diciembre.
- Luzuriaga, M. J. (2018), *Privados de la salud: las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia*, São Paulo, HUCITEC.
- _____(2016), “Los procesos de privatización de los servicios de salud en cuatro países de América Latina: Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Semejanzas y singularidades en los recorridos y los resultados”, tesis de doctorado, Programa de Posgrado en Salud Colectiva, Universidade Federal de Río de Janeiro.
- Luzuriaga, M. J. y otros (2021), “Desigualdades históricas y actuales del sistema de salud argentino”, *Debate Público: Reflexión de Trabajo Social*, N° 21, Universidad de Buenos Aires.
- Maarse, H. (2006), “The privatization of health care in Europe: an eight-country analysis”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, N° 5, octubre.

- Mackintosh, C. y otros (2016), "What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries", *The Lancet*, vol. 388, N° 10044, agosto.
- Marmor, T. (2000), *The Politics of Medicare*, Nueva York, Aldine Transaction.
- Milcent, C. y S. Zbiri (2022), "Supplementary private health insurance: the impact of physician financial incentives on medical practice", *Health Economics*, vol. 31, N° 1, enero.
- Okma, K. G. y otros (2010), "Six countries, six health reform models? Health care reform in Chile, Israel, Singapore, Switzerland, Taiwan and the Netherlands", *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, vol. 12, N° 1.
- Página 12 (2020), "Cristina Fernández explicó la necesidad de reformular el sistema de salud", 20 de diciembre [en línea] <https://www.pagina12.com.ar/312935-cristina-fernandez-explico-la-necesidad-de-reformular-el-sis>.
- Paim, J. y otros (2011), "The Brazilian health system: history, advances, and challenges", *The Lancet*, vol. 377, N° 9779, mayo.
- Parada, M. y otros (2014), "Transformaciones del sistema de salud público post reforma AUGE-GES en Valparaíso", *Revista Chilena de Salud Pública*, vol. 18, N° 2.
- 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*, N° 64, febrero.
- Rahman, R. (2020), "The privatization of health care system in Saudi Arabia", *Health Services Insights*, vol. 13.
- Rodríguez Garavito, C. (2012), "La judicialización de la salud: síntomas, diagnóstico y prescripciones", *La salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones*, O. Bernal y C. Gutiérrez (eds.), Bogotá, Universidad de los Andes.
- Ruiz, S. (2020), "¿Quién paga la cuenta? Gravar la riqueza para enfrentar la crisis de la COVID-19 en América Latina y el Caribe", *Nota Informativa de Oxfam*, 27 de julio [en línea] <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621033/bp-quien-paga-la-cuenta-covid-19-270720-es.pdf>.
- Saltman, R. B. (2003), "Melting public-private boundaries in European health systems", *European Journal of Public Health*, vol. 13, N° 1, marzo.
- Sestelo, J. A. (2012), "Produção acadêmica sobre saúde suplementar no Brasil de 2000 a 2010: revisão crítica e investigação sobre a articulação entre o público e o privado", tesis de maestría, Salvador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidad Federal de Bahia (UFPA).
- Sestelo, J. A. F., L. E. P. F. Souza y L. Bahia (2013), "Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 29, N° 5, mayo.
- Starr, P. (1988), "The meaning of privatization", *Yale Law & Policy Review*, vol. 6, N° 1.
- Tetelboin, C. (2013), "Sistema de saúde, desenvolvimento de direitos no Chile: uma questão a ser construída", *Saúde, cidadania e desenvolvimento*, A. Cohn (coord.), Río de Janeiro, E-Papers.
- Turino, F. y otros (2021), "Reinventing privatization: a political economic analysis of the social health organizations in Brazil", *International Journal of Health Services*, vol. 51, N° 1, enero.
- Unger, J. P. y P. De Paepe (2019), "Commercial health care financing: the cause of U.S., Dutch, and Swiss health systems inefficiency?", *International Journal of Health Services*, vol. 49, N° 3, julio.
- Vargas Bustamante, A. y C. A. Méndez (2014), "Health care privatization in Latin America: comparing divergent privatization approaches in Chile, Colombia, and Mexico", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 39, N° 4, agosto.
- Yamin, A. E. y O. Parra Vera (2009), "How do courts set health policy? The case of the Colombian Constitutional Court", *PLoS Medicine*, vol. 6, N° 2, febrero.
- Zamora Vergara, R. A. (2012), "Las Isapres en Chile, su institucionalidad jurídica y el derecho a la protección de la salud: aplicación y eficacia", tesis de licenciatura en ciencias jurídicas y sociales, Santiago, Facultad de Derecho, Universidad de Chile.