

Contradicciones en salud: sobre acumulación y legitimidad en los gobiernos neoliberales y sociales de derecho en América Latina

Asa Cristina Laurell

RESUMEN El texto utiliza el enfoque de la contradicción entre la acumulación capitalista y la legitimación del orden social para examinar los sistemas de salud de América Latina. Analiza, por un lado, los nuevos campos y estrategias de acumulación en salud en la globalización neoliberal y, por el otro, la recuperación del campo de salud por los gobiernos progresistas como ámbito público y garantía universal del derecho de la salud. Observa cómo la garantía de este derecho lo ha convertido en un campo de lucha política donde se enfrentan los agentes económicos privados y los gobiernos progresista y cómo la ofensiva ideológica neoliberal ha apropiado el discurso progresista pero cambiando en su contenido.

PALABRAS CLAVE Derecho a la salud; Política de salud; Sistemas de salud; América Latina

Un enfoque clásico de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericana para analizar las prácticas y políticas de salud es su papel contradictorio en la acumulación de capital y en la legitimación del orden social. Sus relaciones con la acumulación involucran varias vertientes: la prestación de servicios como actividad lucrativa; el aseguramiento como ámbito de ganancias del capital financiero; la realización del plusvalor de productos de consumo final o tecnológicos; los contratos de Asociación Público-Privada y la reproducción de la fuerza de trabajo.

En cuanto a la salud en la legitimación del orden social ningún Estado la puede ignorar hoy por el valor social del derecho a la salud. Aún los Estados liberales mínimos lo reconocen y establecen mecanismos para no desamparar a los muy pobres. En los Estados de bienestar o sociales la realización del derecho a la salud se da principalmente a través de instituciones públicas o seguros universales y públicos en respuesta a las luchas del pueblo y/o los trabajadores organizados como una responsabilidad estatal. Las necesidades de acumulación y de legitimidad tienden a entrar en contradicción, particularmente con el aseguramiento y la prestación de servicios con fines de lucro.

Este ensayo tiene como propósito analizar la realidad latinoamericana actual a la luz de las exigencias de la acumulación y de la legitimación para desentrañar cómo los Estados neoliberales y los Estados progresistas han actuado para regular o resolver contradicciones entre ambas.

Los servicios de salud en la acumulación global

La globalización significa que la organización de las sociedades sobre el principio del mercado y bajo el dominio del capital transnacional es hoy dominante a pesar de que haya activado nuevas alianzas políticas y una intensa lucha de las clases subalternas. Ningún país, incluyendo a los europeos a raíz de la última crisis, ha escapado el ajuste estructural y la adopción de los postulados neoclásicos-neoliberales durante algún o todo el período de las últimas tres décadas.

En varios países latinoamericanos estas políticas han provocado levantamientos populares masivos que han llevado al establecimiento de gobiernos de izquierda o centro izquierda o progresistas¹ de los cuáles algunos se han declarado socialistas. Estos países han tenido, esquemáticamente, dos trayectorias históricas: aquellos donde se derrotaron a las dictaduras, se aprobaron nuevas constituciones y, posteriormente, se eligieron gobiernos progresistas como en Brasil, Uruguay, Argentina, Paraguay y El Salvador y aquellos donde las rebeliones contra el neoliberalismo desembocaron en una nueva constitucionalidad y donde elecciones democráticas llevaron al gobierno a las fuerzas sociales emergentes como en Venezuela, Bolivia y Ecuador. Estos últimos son, propiamente hablando, “Estados en transición” (GARCÍA LINERA, 2013, p. 81).

En el ámbito de la acumulación el proyecto neoliberal aspira a abrir plenamente la salud como un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada de los fondos de salud, directamente por medio de los seguros privados o con la intermediación privada en el manejo de los fondos público. Para ello los gobiernos han usado el poder estatal para destruir las instituciones públicas en su propósito de mercantilizar los servicios de salud y trasladar la administración de su financiamiento a entes autónomos, públicos y/o privados. Esta vertiente de acumulación es la más novedosa en el proyecto neoliberal en cuanto introduce como un actor central al capital financiero e impulsa la gran empresa médica.

¹Entendemos por ‘gobiernos progresistas’ a aquellos que al llegar al gobierno han roto con el modelo neoclásico-neoliberal e instrumentado políticas de recuperación de los recursos naturales nacionales; de redistribución progresiva de la riqueza nacional y; políticas sociales universalistas y solidarias.

El proceso de transformación neoliberal se instrumenta en dos etapas parcialmente sobrepuestas. Primero se restringen los recursos de las instituciones públicas como parte del ajuste fiscal lo que lleva a su desfinanciamiento y deterioro. Este recorte suele acompañarse de la reducción de los servicios prestados y de la introducción de pagos. Al mismo tiempo se establecen programas verticales focalizados para los comprobablemente pobres y se redefine la atención médica como un ‘bien privado’ de mercado cuyo costo debe ser pagado por el usuario-consumidor (BANCO MUNDIAL, 1994).

Con esta política se desgasta el tejido público en varias dimensiones. Lo más visible es su deterioro físico por falta de mantenimiento de todo tipo y de sustitución de equipo junto con el desabasto de insumos médicos y medicamentos. Sobreviene además la desmoralización institucional causado por la desvalorización del trabajo—disminución salarial, su creciente reglamentación con medición cuantitativa del desempeño, creciente imposibilidad de una práctica profesional estimulante, etcétera— y la creciente brecha entre los prósperos gerentes y el empobrecido personal de salud. A ello se añade, en no pocos casos, prácticas corruptas en la cúspide que se filtran en todo el espacio institucional.

La segunda etapa, propiamente de cambio estructural, se justifica ideológicamente por el deterioro de lo público. Su premisa, nunca comprobada, es que la competencia de mercado en salud mejoraría la calidad de los servicios y la eficiencia (FUNSALUD, 1994). La maniobra clave es separar las funciones de regulación y seguridad sanitaria de la administración de fondos/compra de servicios y de la prestación de los mismos. Es la condición necesaria para la mercantilización ya que abre los espacios de mercado donde compiten los agentes económicos, privados y públicos.

La transferencia de los fondos de salud a una instancia administradora se ha perpetrado de distintas maneras y está acompañada por la definición de paquetes de servicios, explícitos y costeados, y los servicios excluidos son pagados por el ‘consumidor’ o paciente. En este esquema el prestador recibe su pago por los servicios prestados y/o por el número de personas bajo su atención. Eso es, se transfieren los recursos financieros con base en la demanda y se retira el ‘subsidio a la oferta’, entendido como el presupuesto público histórico. Por su parte el administrador/comprador de servicios, privado o público, requiere saber qué padecimientos/intervenciones está obligado a pagar y bajo qué protocolo

de atención para poder calcular sus costos y ganancias. De allí la importancia de los paquetes de servicios, explícitos y costeados.

Este método establece intereses contradictorios entre el administrador de fondos y el prestador de servicios ya que disputan el excedente. El tercero en discordia es el ‘paciente-consumidor-cliente’ dado que una manera de generar el excedente es proporcionarle menos servicios que los necesarios y acordados en el contrato de compra-venta (paquete explícito de servicios) o realizar intervenciones innecesarias para cobrar más. Los intereses contradictorios entre estas tres partes es el fondo de la dificultad estatal de regular los servicios así como la judicialización de la atención (TORRES, 2008).

Estas estrategias no se dan sólo cuando los actores tienen un interés directo de lucro. El ‘pago a la demanda’ introducido con la Nueva Gerencia Pública² ha demostrado tener los mismos efectos nocivos para los pacientes como muestra por ejemplo el caso de Suecia (DAHLGREN, 2014). Es así porque en este esquema el financiamiento público para los establecimientos públicos se da únicamente en función de la demanda atendida hecho que los obliga a actuar como empresas privadas *so pena* de quedar sin financiamiento (ZAREMBAS, 2013). Particularmente el sistema de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) ha provocado la manipulación de diagnósticos (HIMMELSTEIN; ARIELY; WOOLHANDLER, 2014).

La experiencia latinoamericana de la Cobertura Universal en Salud

La ofensiva actual por la Cobertura Universal en Salud (CUS) – emprendida por la Fundación Rockefeller, Lancet, el Banco Mundial, entre otros – debe ser analizada en este contexto porque impulsa directa o indirectamente el aseguramiento y la separación de funciones. Por ello interesa conocer cómo la CUS se ha instrumentado en distintos países de América Latina. Algunos, por ejemplo Chile y Colombia, la instrumentaron con cambios en la legislación de seguridad social haciéndola obligatoria pero con dos regímenes

²La Nueva Gerencia Pública (GUERRERO, 2009), inspirada en la teoría de la elección racional, pretende hacer más eficiente la administración pública. Se distinguen dos vertientes: la franca privatización de los bienes y servicios públicos o la implantación en las instituciones públicas de mecanismos de manejo y control de la administración privada, o sea, su ‘empresarialización’. No hay evidencias unívocas de que haya cumplido su cometido.

distintos con paquetes diferenciados. En otros casos, por ejemplo México, se añadió un seguro público voluntario con pago según el ingreso al seguro laboral obligatorio.

El caso chileno permite sacar algunas conclusiones. A pesar de treinta años de aseguramiento obligatorio, el 9% de los chilenos carece de él (ISAGS, 2013, p. 51). La atención médica oportuna se ha incrementado con el Plan Acceso Universal de Garantías Explícitas (Auge) de 2004 (LAURELL; HERRERA, 2010) pero el obstáculo económico al acceso persiste por los copagos. La permanencia de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), que sólo atienden al 18% de la población, y el modelo de libre elección impone una lógica mercantil al sistema de salud en su conjunto. La razón es que el arreglo institucional dual generó fuertes intereses económicos con agentes privados políticamente poderosos (TETELBOIN, 2003), particularmente las Isapre con una acelerada concentración y una rentabilidad que duplica la de la banca (ORTIZ, PÉREZ, 2014). La fragilidad del modelo chileno se mostró cuando el gobierno de derecha intentó revertir los avances del sistema público y profundizar la participación privada subrogando la administración de algunos hospitales públicos.

La reforma colombiana pretendió corregir las peores aberraciones de la chilena con el modelo de Pluralismo Estructurado (LONDOÑO, FRENK, 1997)– elaborado por Londoño, responsable de la reforma colombiana, y Frenk, creador del Seguro Popular mexicano – durante su estancia en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). A pesar de su promoción como ‘caso de éxito’ el sistema de salud colombiano ha mostrado graves defectos que lo llevó literalmente a la quiebra en 2009 (ARDÓN *et al.*, 2010).

La trayectoria del caso colombiano debe estar muy presente en el debate sobre la CUS. Esta reforma sólo ha sido exitosa en el establecimiento del mercado de salud y ha producido un poderoso y lucrativo sector administrador de los fondos. Sin embargo es un fracaso para garantizar el derecho a la salud y el acceso oportuno a los servicios requeridos, solucionar los problemas estructurales del sistema de salud y mejorar las condiciones de salud de la población (HERNÁNDEZ, TORRES, 2010).

Los graves problemas del modelo colombiano ha lanzado a la reforma mexicana con el Seguro Popular (SP) como el nuevo ‘caso exitoso’ a pesar de que reproduce problemas semejantes a los de Chile y Colombia (LAURELL, 2013). La reforma tiene una fuerte orientación mercantil y perpetúa el sistema fragmentado y segmentado. Existe la

amenaza de reducir los beneficios de los derechohabientes de la seguridad social pública –al 50% de la población –si se implementa el Sistema de Salud Universal (MÉXICO, 2013). Éste sólo cubriría el paquete de servicios del SP o un 16% de los servicios proporcionados gratuitamente por la seguridad social (MUÑOZ *et al.*, 2012) con exclusión de casi todos los padecimientos de alto costo.

El aseguramiento universal está lejos de lograrse y en 2012 el 25% de la población carecía de un seguro (INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, 2014, p. 35) y no se ha mejorado sustancialmente el acceso a los servicios requeridos de los afiliados al SP. El gasto público de salud se incrementó en un 0.36 % del Producto Interno Bruto (PIB) pero sin un cambio sustancial entre el gasto público y privado. Por último es de señalar tres hechos relevantes: los incentivos al desempeño se basan en la atención a la persona y se ha debilitado la salud pública; se ha fortalecido poco la oferta de servicios y; no hay un claro impacto en las condiciones de salud.

Esta revisión demuestra algunos hechos importantes. Ninguno de los países ha alcanzado el aseguramiento universal. La cobertura es de un seguro y no de acceso a los servicios necesarios que están restringidos a paquetes limitados y diferenciados. Se confunde así cobertura y acceso a los servicios requeridos; temas que se entretajan con los paquetes de servicios diferenciales, las barreras territoriales y económicas derivados de las restricciones de servicios y diversos copagos.

El tema financiero, priorizado en esta visión, exhibe varias facetas. Aunque en todos los países el gasto de salud haya incrementado, hay inequidad en el financiamiento según la modalidad del seguro que depende de la condición socio-económica del afiliado. El aumento de recursos financieros se ha canalizado principalmente al sector privado y se ve mermado por los altos costos de transacción y la corrupción. Esto ha impedido fortalecer al sector público que se ha debilitado o destruido. El caso colombiano alerta sobre una posible crisis presupuestal misma que está escondido por la ilegal reducción del presupuesto en México. Así se vislumbran ‘reformas a la reforma’ con una nueva reducción de servicios y derechos.

Además no hay evidencias robustas de que la CUS haya mejorado las condiciones de salud de la población; cuestión que se relaciona con la fragmentación de los servicios y el abandono de la salud poblacional. En una revisión sistemática del Banco Mundial se

alega al respecto que la CUS es una reforma financiera cuyo propósito no es mejorar las condiciones de salud (GIEDION; ALFONSO; DÍAZ, 2013). En síntesis, la principal conquista de la CUS es haber abierto la salud como terreno directo de acumulación.

Los servicios de salud como ámbito de redistribución y garantía de derechos

Los gobiernos progresistas se distinguen por ser Estados sociales de derecho que en varios casos incorporan el concepto Buen Vivir. Con excepción de Brasil y Venezuela, que legislaron el Sistema Único de Salud en 1988 y 1999 respectivamente, los otros países llevan a penas algunos años en esta tarea. Argentina es una excepción porque la salud no ha sido un tema político importante. Debe estar presente en el análisis que los gobiernos progresistas están bajo una presión política muy fuerte, interna y externa, que incluso ha llevado a golpes de Estado en Venezuela, Paraguay y Honduras.

Caracterizan a los gobiernos progresistas sus políticas de redistribución a través del erario público y el (re)establecimiento de la responsabilidad social del Estado en la prestación de bienes y servicios sociales como garantía de derechos o ciudadanía social. Estas políticas son además solidarias y universalistas y resaltan la centralidad de lo público. La participación popular y el control social en su ejecución es parte de sus marcos legales. La política de salud debe ser analizada en el contexto de la política social integrada que implica la actuación sobre la determinación social de la salud-enfermedad.

Su política sanitaria es contraria a la neoliberal de separación de funciones y mercantilización. Extrae normativamente la prestación de servicios y la administración de fondos de la acumulación capitalista aunque siga vigente el mercado de insumos y tecnología e incluso de planes privados de salud. Incorpora los postulados de la política social y el paradigma en salud es el Sistema Único de Salud (SUS), solidario, público, universal y gratuito, inscrito en sus constituciones políticas o en las leyes reglamentarias. Busca ampliar a toda la población el acceso a los servicios necesarios (re)construyendo el sistema público desde abajo hacia arriba con alguna modalidad de Atención Primaria en Salud Renovada o Medicina Familiar, integrando redes de servicios para el acceso a

servicios de la complejidad requerida (ALVARADO *et al.*, 2008) e incorporando enfoques de interculturalidad y género.

La ampliación del acceso ha sido notable. En Brasil la cobertura pasó de 30 a 190 millones de personas con el SUS y un 98% de la población accedió a los servicios al buscarlos (BRASIL, 2006). En Venezuela la Misión Barrio Adentro (MBA), operado bajo un convenio con Cuba (OPS, 2006), amplió la cobertura y acceso a 17 millones de personas (57% de la población) que carecían de ellos (ARMADA *et al.*, 2009). Esto significa que toda la población tiene acceso gratuito a los servicios de salud sean estos del MBA, del sistema convencional o de la seguridad social. Ecuador ha eliminado la barrera económica al acceso con la gratuidad de servicios y medicamentos (ISAGS, 2012, p. 462). En Uruguay los principales favorecidos son la población rural que anteriormente carecía de servicios (BORGIA *et al.*, 2012).

El éxito de ampliación del acceso descansa sobre varios pilares. La primera es la adopción de modelos de atención integrales basadas en la educación, promoción, prevención, detección oportuna, atención continuada y rehabilitación. La organización institucional que lo permite es la territorialización, el seguimiento en el hogar y la cercanía al centro de primer contacto. Con este arreglo institucional se logra una acción coherente de salud pública que es incompatible con un sistema de competencia de mercado.

Un segundo aspecto es la veloz ampliación y fortalecimiento de la infraestructura de salud. El SUS brasileño, con una escasa infraestructura pública inicial, tiene ahora 64 mil unidades de atención primaria y 5,900 hospitales acreditados (BRASIL, 2012). El MBA contaba en 2009 con 6,708 consultorios populares y ha incrementado la complejidad de la atención (ARMADA *et al.*, 2009) con 600 Centros Integrales de Diagnóstico, 21 Centros de Alta Tecnología y 545 Salas de Rehabilitación Integral (MPPS, 2010, p. 207). Ecuador está haciendo un esfuerzo grande de fortalecimiento de la infraestructura pública con la creación de 132 unidades de salud y la remodelación y/o equipamiento de más de 500 sólo en 2010 (ISAGS 2012, p. 455).

Para que la nueva infraestructura y el nuevo modelo de atención puedan operar se requiere de personal suficiente y competente y se han desarrollado varias estrategias para lograrlo. La velocidad de construcción de la MBA hubiera sido imposible sin los internacionalistas cubanos con disposición de trabajar en las zonas urbanas y rurales

pobres. Igualmente, Bolivia recibió unos 1,900 trabajadores de la salud cubanos (TEJERINA, 2014 p. 32) para apoyar el sistema público. Brasil optó por una estrategia semejante en 2013 con el Programa *Mais Médicos* para garantizar la atención en zonas alejadas.

Para sustentar nacionalmente su sistema público, Venezuela han graduado 17,000 médicos integrales comunitarios y de ellos miles están haciendo residencias médicas para cubrir áreas deficitarias de especialistas o posgrados para conducir la salud poblacional (VENEZUELA, 2014a). Bolivia ha mandado a 5,000 jóvenes a la Escuela Latinoamericana de Medicina en Cuba (TEJERINA 2014, p. 32) y establecido la residencia médica en salud familiar, comunitaria intercultural (ISAGS, 2012, p. 213).

Adicionalmente se han tomado medidas para abastecer de productos farmacéuticos a los servicios de salud. Muchos de estos países tienen legislación sobre el uso de genéricos y la gratuidad de los medicamentos. Se ha incrementado la producción nacional de medicamentos y vacunas creando mecanismos de intercambio comercial favorable y de apoyo científico-técnico. Brasil ha desempeñado un papel central pero también se han desarrollado actividades en la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América(Alba) (ISAGS, 2012, p. 218). Al respecto es notable la acción internacional de Brasil y de Universidad Autónoma del Sur (Unasur) en la lucha contra las patentes en el marco del *Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (Trips) y la Declaración de Doha. Este tipo de posicionamiento será muy importante si se concrete el *Trade in Services Agreement* entre la Unión Europea, los EUA y la Alianza del Pacífico que incluiría a los servicios y seguros de salud. También hay signos que habrá una contestación fuerte a la extensión de la CUS en su forma de aseguramiento (CEBES, 2014).

En el terreno de la participación popular y el control social en salud los gobiernos progresistas tienen políticas muy activas e institucionalizadas. Brasil destaca por su estructura institucional de consejos de salud en los tres niveles de gobierno, de composición bipartita entre organizaciones de usuarios, por un lado, y autoridades, prestadores de servicios y trabajadores del sector por el otro, lo que ha resultado en unos 6,000 consejos (LABRA; GIOVANELA, 2007). Aunque el grado de participación sea variable y la propia institucionalización pueda tener inconvenientes, los consejos tienen una injerencia directa e importante en el control social sobre los servicios.

En Venezuela, los cerca de 9,000 Comités de Salud han jugado un papel decisivo en la planeación, contenido e instrumentación de la MBA (LEÓN, 2012) y tuvieron un nuevo impulso en 2014. Han promovido la inclusión de elementos poco comunes como las Salas de Rehabilitación Integral que facilitan la integración social y devuelve la dignidad a los discapacitados. El Poder Popular es además la base del nuevo proyecto de desarrollo, el Plan de la Patria.

Los movimientos sociales, sustento de Evo Morales, participan activamente en la formulación de la política de salud y en su defensa a nivel nacional, departamental y municipal. En Ecuador el gobierno se apoya, de la misma manera, en la movilización y participación social para llevar adelante sus compromisos.

La participación y control social en estos países no son casuales. Sus gobiernos han surgido de las movilizaciones de las clases subalternas que les exigen nuevas formas de hacer política donde la participación popular, el control social y la democracia directa son inherentes a los procesos de cambio.

Un indicador de la decisión política de impulsar la política de salud son los recursos fiscales que la respaldan. Este indicador es problemático de medir comparativamente entre países y a lo largo del tiempo. La medida más utilizada es el gasto público en salud como porcentaje del PIB pero a veces no incluye todo el gasto (CURCIO, 2010). En la *tabla 1* se observa que los únicos países en América Latina que reportan un incremento por encima de 30% del gasto público como porcentaje del PIB en el período 2000-2011 son Brasil con 40%, Costa Rica con 37% y Ecuador con 122%. Otra medida indicativa es el incremento per cápita del gasto público en salud expresado en US\$ al tipo de cambio promedio. Con esta medida los gobiernos progresistas tienden a tener incrementos más altos que los gobiernos neoliberales.

Cuadro 1. Gasto público de salud países de América Latina, porcentaje del PIB, 2002 y 2011, y per cápita, 2002 y 2013.

País	Gasto público % PIB		Gasto público per cápita 1/		
	2002	2011	2002	2013	Incremento % en el periodo
Argentina	5.0	5.3	120	688	473
Bolivia	3.7	3.5	36.7	106.7	191
Brasil	2.9	4.1	90.6	490.4	441
Chile	3.3	3.4	140.7	536.1	281
Colombia	4.7	4.9	108	401.5	272
Costa Rica	5.6	7.6	602.5	1,310.6	118
Ecuador	1.1	2.5	35.5	162	356
El Salvador	3.7	4.3	86.6	159.2	84
Guatemala	2.3	2.4	39.1	95	143
Honduras	3.6	4.1	47.3	98.1	107
México	2.4	3.0	173.8	320	84
Paraguay	3.2	3.4	27.1	164.8	508
Perú	2.8	2.7	58.9	198.7	237
Uruguay	6.1	6.0	238.7	895.1	275
Venezuela	2.4	1.6 ^{2/}	81.7	199.9	145

1/ En US dólares a tasa promedia de cambio

2/ Incluyendo todas las fuentes de financiamiento público fue 6.0 (CURCIO, 2010)

Fuentes: Cálculos propios con datos de World Health Statistics, 2014 pp. 142-148 y WHO Global Health Observatory Data Repository.

Cabe preguntarse cómo se generan los recursos que los gobiernos redistribuyen y cuáles son sus límites. Este interrogante es esencial porque los economistas neoliberales argumentan que la escasez de recursos económicos obligaría a definir paquetes de servicios, costeados y costo-efectivos. Se pueden ‘grosso modo’ discernir dos estrategias. Una es la recuperación para la nación de las rentas de los recursos naturales y la otra es el incremento de impuestos. La recuperación de la renta, anteriormente extraída por empresas transnacionales, y su redistribución vía el Estado en la forma de transferencias monetarias, subsidios generalizados a bienes básicos y servicios públicos gratuitos, es la clave de la rápida ampliación del presupuesto social en Venezuela, Ecuador y Bolivia.

Por ejemplo en Venezuela (ALPONTE, 2010) la inversión social del periodo chavista (1999-2012) se incrementó en 770% respecto al periodo 1984 -1998 y el gasto social como proporción del PIB aumentó a alrededor del 8% en 1998 a alrededor del 20% en 2007. Esta movilización de recursos se hizo a raíz de la nueva ley de hidrocarburos y es canalizada por la empresa estatal petrolera o vía un fondo especial para el desarrollo. La reapropiación de la renta permitió también a Ecuador y Bolivia incrementar su gasto social.

Sin embargo, esta estrategia no está libre de tensiones. Provoca, por un lado, discusiones sobre cómo priorizar la satisfacción de las amplias y diversas necesidades sociales o pugnas distributivas entre ministerios del ámbito social y económico. La salud en muchas ocasiones ha recibido un lugar secundario frente a la educación o la transferencia de renta, por ejemplo en Bolivia. Por otro lado, cuando el gobierno propone ampliar la explotación estatal de los recursos naturales ha enfrentado la crítica al ‘extractivismo’, no siempre acompañada de propuestas de otras formas de desarrollo que permitan aumentar la riqueza nacional (GARCÍA LINERA, 2010). Sobra señalar que las corporaciones transnacionales siguen actuando para recuperar el control sobre estas rentas, financiando o creando organizaciones opositoras o a través de operaciones encubiertas.

Una estrategia alterna es cambiar las prioridades en el uso de los impuestos y recanalizar una parte importante al financiamiento de las políticas sociales. Un ejemplo de ello es la política de disminución de la alta burocracia, reducción de sus sueldos y cancelación de sus privilegios, instrumentada por el gobierno del DF en México, que permitió financiar una pensión ciudadana universal y la gratuidad de los servicios médicos y medicamentos sin incrementar los impuestos (LAURELL, 2008).

Otra estrategia que puede proporcionar importantes recursos para la política de salud es el combate sostenido a la corrupción ya que los ministerios de salud manejan grandes montos en licitaciones y en obra, particularmente susceptibles a prácticas corruptas. No se conoce cuánto se extrae por la vía de la corrupción pero los frecuentes escándalos y juicios legales sobre sobornos señalan que se trata de miles de millones de dólares. Los intentos de castigar la corrupción y el tráfico de influencias previos tienen la dificultad de ser susceptibles a la manipulación política. La vía alterna es construir mecanismos político-administrativos que los imposibilitan como por ejemplo licitaciones

transparentes, la subasta en reversa³ o la supervisión del gasto con contralores ciudadanos independientes.

Estas estrategias de financiamiento tienen límites. Finalmente es inevitable acudir a la vía regular o histórica de financiar la ampliación de los proyectos sociales y recolectar una proporción mayor de la riqueza social para ello. Por ejemplo, los países europeos incrementaron los impuestos a entre 40 y 55% del ingreso nacional para construir sus Estados sociales (PIKETTY, 2013 p. 477). Esto significa revisar la política fiscal regresiva heredada del neoliberalismo y adoptar un sistema impositivo progresivo para que el erario nacional disponga de mayores recursos para invertir productivamente y redistribuir por distintas vías. El incremento de impuestos, empero, tiene dificultades en países donde la élite política tradicionalmente ha apropiado para sí una proporción inadmisible de ellos y donde la corrupción pública y privada es omnipresente. Se requiere de legitimidad política para emprender esta tarea; cuestión que generalmente pasa por la demostración real de que hay un combate firme a estas prácticas y la construcción de una nueva ética política.

Los problemas de la construcción del Sistema Único de Salud

A pesar de los logros, la construcción del SUS tiene que confrontar distintos problemas de financiamiento, de organización institucional y la persistencia del sector privado en salud, ligados a las herencias neoliberales o derivados del contexto de su establecimiento.

Varios países, por ejemplo Venezuela, Bolivia y Ecuador, afrontan dificultades para la integración del seguro social público al sistema único de salud que entraña una compleja problemática de alta conflictividad política. Esta cuestión fue resuelto por Brasil con la nueva constitución pero sigue habiendo problemas de organización institucional con las formas de subcontratación de servicios con fundaciones de interés público pero de índole privada, semejantes a aquellas propuestas en la Nueva Gerencia Pública (COHN, 2011).

Otro tema institucional complejo es la descentralización-desconcentración, heredada o nueva, que pone la responsabilidad de la operación de los servicios en manos de los poderes locales. Puede dificultar la instauración de una política nacional única aún cuando

³La Secretaría del DF logró bajar los costos en medicamentos y equipo del 20 al 25% con estos procedimientos.

el gobierno nacional tenga la potestad de fijarla; complejiza la construcción de redes de atención; requiere de mecanismos financieros compensatorios tanto para operar los servicios como para ampliarla infraestructura; entre otras. Brasil ha tomado una serie de medidas para resolver esta problemática (NOGEIRA, 2010). Venezuela está reconcentrando el manejo de los niveles de mayor complejidad a la vez que está emprendiendo la tarea de integrar la MBA, el sistema convencional y el seguro social en un sistema único y público con base en las Áreas de Salud Integral Comunitarias (VENEZUELA, 2014b, p. 26). Con todo, estos problemas son más acentuados en los sistemas mercantilizados que transitan por el camino de descentralización vía el mercado y los contratos.

Al analizar los sistemas únicos y públicos de salud debe considerarse los defectos neoliberales previas, por ejemplo en Bolivia, Ecuador y Venezuela y el antecedente de un sector privado importante, por ejemplo en Brasil. La permanencia o crecimiento del sector privado en salud significa que permanece como espacio de acumulación donde los seguros médicos y los prestadores de servicios privados son agentes poderosos. Ocasiona dos lógicas simultáneas, la pública y la privada, que conlleva el riesgo de que la privada prevalezca sobre la pública.

En Brasil el poder político del sector privado – aseguradoras y prestadores –le permitió negociar la protección de sus intereses en la Asamblea Constituyente de 1988. Así la constitución establece que ‘la asistencia a la salud es libre para la iniciativa privada’ y que pueda participar de forma complementaria en el SUS lo que le permite operar con muchos privilegios. El aseguramiento privado cubre hoy un 25-27% de la población (CEBES, 2014), incluyendo a los grandes sindicatos que lo negocian como prestación laboral (OCKÉ-REIS, 2012). En este contexto hay una engañosa discusión sobre la ‘inclinación’ de la ‘nueva clase media’ por los seguros de salud (SALM; BAHIA, 2013). Por la exención del costo de la atención privada en el pago de impuestos y el gasto en seguros de los funcionarios públicos, el sector privado goza de un subsidio cruzado regresivo igual a por lo menos el 27% del presupuesto público de salud. Los aseguradores deberían además pagar el costo de la atención en el SUS de sus asegurados pero no lo hacen (CEBES, 2014).

Venezuela enfrenta una situación similar. Un 28% de la población se atiende en los servicios de salud privados bajo el amparo de algún tipo de seguro, particularmente el llamado HCM (hospitalización-cirugía-maternidad) pagado con fondos públicos. Los prestadores privados son los grandes ganadores de este sistema y el 75% de sus ingresos provienen del erario público. Hay así un subsidio cruzado regresivo que drena recursos que pudieran haberse sumado al presupuesto público directo de salud. Se calcula (MELO, 2014, p. 220) que la regulación de los precios de los prestadores privados permitiría ahorros para incrementar en un 25% el presupuesto del Ministerio de Salud pero todavía no se ha hecho.

El 70% de los hospitales ecuatorianos son privados y un 8% de la población tiene un seguro privado (ISAGS, 2012, p. 452; 462). Donde las cajas de seguro social dominan el manejo de los recursos de salud como en Argentina y Uruguay hay una situación más compleja, particularmente a partir de las reformas neoliberales anteriores.

Nuevas estrategias de acumulación y la incorporación plena de la ciencia al capital

La segunda vertiente de acumulación en salud es la producción de bienes consumidos por este sector. No es novedosa y está presente en todos los sistemas de salud. El nuevo ciclo de acumulación, resultado de la crisis de productividad, requiere de la innovación tecnológica que también se da en salud. Esta innovación cumple un doble papel porque la nueva tecnología médica es a la vez un producto para el mercado y la justificación para incrementar innecesariamente el costo de los servicios.

La industria farmacéutica-biotecnológica crece y representa por encima del 11% del producto bruto global. Impulsa un agresivo desarrollo de sus productos aunque no añadan ventajas médicas (WAITSKIN, 2011, p. 25-26). Por ello muchos países han establecido instituciones de evaluación tecnológica con el fin de excluir del pago con recursos públicos a nuevos productos sin ventajas comprobados, cuestión retomada por la OMS en su resolución WHA60.29. Hay una tendencia semejante en América Latina pero requiere de una institucionalidad compleja y absoluta transparencia en los procedimientos. La Gran

Pharma⁴ reconoce esta tendencia como un problema estructural que le obliga a encontrar nuevas estrategias comerciales y productivas (PRICEWATERHOUSECOOPER, 2007).

La estrategia más conocida es el manejo de las patentes con respaldo en los TRIPS de la OMC. La lucha contra los precios monopólicos de los medicamentos y las manipulaciones para prolongar las patentes son un terreno donde varios países de América Latina, destacadamente Brasil, han enfrentado a la industria con cierto éxito, por ejemplo en la Declaración de Doha sobre la salud pública (WTO, 2001). El sobreprecio monopólico se aprecia en que el precio del tratamiento con el antiretroviral combinado para el VIH/SIDA cayó de 11,000 a 295 dólares al año al romper Brasil y la India la patente.

El uso *off-label* de medicamentos es una estrategia comercial fraudulenta que promueve aplicaciones no autorizadas de éstos y que ha redituado miles de millones de dólares (KESSELHEIM *et al.*, 2011). Otra estrategia es buscar nuevos ‘nichos de oportunidad’ en la clase media de los países grandes de desarrollo medio alto como Brasil y México donde las enfermedades crónicas les representa un mercado emergente con una regulación deficiente (PRICEWATERHOUSECOOPER, 2007, p. 4).

Otra estrategia productiva es lanzar masivamente medicamentos con efectos inciertos en situaciones de emergencia. Tal es el caso del inhibidor de neuraminidasa en la epidemia de Influenza A/H1N1 cuyo costo fue miles de millones de dólares para los gobiernos. Una revisión sistemática (JEFFERSON, 2009) posterior demostró que tiene efectos dudosos. Descubrió además una escandalosa manipulación de la información que llevó el British Medical Journal a lanzar una campaña para tener acceso a las bases de datos completos en poder de Roche (PAYNE, 2012). La aplicación de la vacuna contra el mismo padecimiento, liberando a las farmacéuticas de toda responsabilidad de las reacciones adversas, ha resultado en casos de narcolepsia en niños en 12 países.

Más inescrupulosa aún es la vacunación masiva en el mundo contra 4 a 6 cepas del Virus de Papiloma Humano (VPH) que también ha redituado miles de millones de dólares en ganancias. Ejemplifica todas las tácticas antiéticas de las empresas farmacéuticas que van desde la mentira sobre su protección contra el cáncer cervicouterino, la colusión con el regulador (el *Food and Drug Administration*), la información sesgada para el

⁴Big Pharma es la denominación de las 10-12 empresas farmacéuticas más importantes del mundo.

consentimiento informado, hasta un cabildeo dudoso con parlamentarios y gobiernos (HPV INDUSTRY TIMELINE, 2011).

Una tercera estrategia de la industria (PRICEWATERHOUSECOOPER, 2007) es apostar a la llamada ‘medicina personalizada’ que se basa en el análisis del perfil genético del individuo. Es un área en rápida expansión con posibilidades de nuevas patentes y ganancias. Las principales críticas son que tiene una visión monocausal genética e involucra problemas éticos como la confidencialidad, la privacidad y los derechos de los pacientes (PERSONALIZED MEDICINE COALITION, 2014).

La definición de tecnología médica es imprecisa pero en general se refiere al equipo médico y a métodos diagnóstico. Entre las empresa grandes del ramo están Johnson & Johnson, Siemens y General Electric. Waitskin (2011, p. 26-35) hace un análisis amplio sobre la innovación de esta tecnología médica y cómo una de sus estrategias es crear la percepción de obsolescencia mediante cambios insustanciales. Expone la rápida proliferación de las costo-intensivas unidades coronarias sin evidencias de su efectividad. Estudios posteriores han incluso llegado a la conclusión de que no incrementan la sobrevida del paciente y todavía en 2001 no estaban incluidas entre la tecnología basada en evidencias (JULIAN, 2001). Waitskin demuestra que su expansión fue inducida por la actuación interesada de las empresas, los centros médicos académicos, las fundaciones privadas y el Estado.

La explosión de tecnología médica sin evidencias de su superioridad sobre los métodos diagnósticos y terapéuticos existentes y criterios claros sobre su uso progresivo y escalonado han llevado a la OMS (2012) y algunos gobiernos a establecer organismos de evaluación, por ejemplo, National Institute for Health and Care Excellence (Nice) en Gran Bretaña y Patient-Centered Outcomes Reaserch Institute (PCORI) en EUA.

Un problema de fondo con la expansión tecnológica es que el criterio clínico ha sido sustituido por mediciones e interpretaciones procesadas por computadoras. Ocurre asía pesar de las dificultades de descifrar esta información.

La etapa actual se caracteriza además por la creciente incorporación de la ciencia al capital. Este rasgo se ha profundizado con el avance del proyecto neoliberal en las universidades públicas que han reducido su investigación propia y dependen cada día más de contratos con la iniciativa privada o fundaciones privadas sobre temas decididos por

ellas. Varias revisiones sistemáticas (LEXCHIN *et al.*, 2003; SISMONDO, 2008) demuestran que la investigación financiada por la industria farmacéutica tiene más sesgos en su diseño, resultados favorables al fármaco investigado y ocultamiento de reacciones adversas graves. Las grandes corporaciones contratan además a epidemiólogos para descalificar estudios que comprueban efectos nulos o adversos de sus productos (PEARCE, 2008).

Otra área novedosa de acumulación son los contratos APP (Asociación Público-Privada) o PFI en inglés. El término se ha aplicado de distintas maneras pero su acepción original se refiere a la asociación entre el capital financiero y de construcción para financiar, construir y administrar una obra pública (PRICE; POLLOCK, 2010). Su forma más común en salud es la construcción de hospitales. La APP es una nueva forma de privatización, en rápida expansión en América Latina, justificada con el argumento de que permite mayor inversión en infraestructura; que transfiere los riesgos a la contratista APP; y que los privados son más eficientes. Ninguno de estos argumentos se sostienen pero los APP son un negocio redondo para las empresas y muy onerosos para el erario público.

Veamos. El costo de un contrato APP tiene tres componentes: el pago de intereses sobre el capital prestado por el financiero privado; el ‘carga de disponibilidad’ o la renta que el gobierno paga por el uso del inmueble u obra APP y; la administración del inmueble y a veces la prestación de servicios. El pago de interés es más alto que de un préstamo gubernamental porque se considera un préstamo de alto riesgo. Por ejemplo, Colin y Player (2011) estiman que los intereses pagados por los hospitales ingleses APP se triplicó o cuadruplicó. El ‘carga de disponibilidad’ es inexistente cuando la obra es construida y equipada por el gobierno y se estima en un 50% del costo total del contrato APP (HELLOWELL; POLLOCK, 2009). El costo de administración es variable dependiendo de tipo de contrato.

El involucramiento del sector privado no resulta más eficiente y generalmente se renegocian los contratos por incremento de costos y retrasos de la obra. El costo total de los contratos APP es muy alto. Por ejemplo los nuevos hospitales PFI ingleses con un valor de construcción y equipamiento de £12.2 mil millones se pagarán con £82.7 mil millones (LIEBE; POLLOCK, 2009). En el caso mexicano cuatro contratos APP de hospitales han

tenido un sobrecosto enorme cuyo monto hubiera permitido construir y equipar doce hospitales adicionales (HERRERA; LAURELL, 2010).

La importancia de salud para la reproducción de la fuerza de trabajo ha disminuido en el capitalismo global. Es así porque una de las estrategias del capital es su movilidad que le permite migrar a territorios con mano de obra barata para la producción de bienes con alto contenido de trabajo humano. Otra estrategia son las reformas laborales que, entre otras cuestiones, permiten la tercerización del trabajo para evadir los derechos laborales de los trabajadores; estrategia también usado en la prestación privada de servicios médicos.

La salud en la lucha política. Legitimación y deslegitimación

No es extraño que la salud es un campo de lucha política al tocar temas esenciales como la vida y la muerte; el bienestar y la dignidad; la posibilidad de insertarse y participar en la vida social. La preocupación actual de los organismos supranacionales por la ‘cohesión social’ es una ilustración de este hecho. Aunque el capitalismo global haya avanzado en su proyecto económico su falta de resultados en el terreno social tiende a subvertirlo y tiene un talón de Aquiles en sus efectos sociales de empobrecimiento masivo y creciente desigualdad; es donde empieza a desmoronarse ética, económica y socialmente. Su hegemonía, entendida como el monopolio de las ideas fuerza de la sociedad (GARCÍA LINERA, 2013), está cuestionada y se está abriendo como campo de intensa lucha política.

En salud hay una tensión constante entre la idea de la ‘buena medicina’, como aquella con una alta densidad tecnológica y biotecnológica, de medicamentos de patente novedosos y de hotelería excedida, y la propuesta de una práctica médica de la Atención Primaria de Salud Renovada basada en la educación, la promoción, la prevención y el buen ejercicio clínico con acceso universal a los servicios requeridos. Esta tensión es clave para entender la dialéctica entre legitimación/deslegitimación en la lucha política.

Por un lado, los gobiernos progresistas han ganado la aprobación popular incrementando el acceso a los servicios de salud y promoviendo una amplia participación popular. Por el otro, los servicios de salud también han servido a sus opositores para deslegitimarlos, particularmente cuando no se ha ampliado el acceso a los servicios complejos para toda la población con suficiente rapidez. El problema se agrava cuando los

grandes sindicatos negocian seguros privados (Brasil) y/o atención privada (Venezuela) como prestación laboral que oculta que el derecho social a la salud debería construir la ciudadanía social y no ser un simple hecho de consumo (COHN, 2013).

Los gobiernos progresistas son así vulnerables al imaginario social dominante de la ‘buena medicina’ que se desenvuelve en el marco del espejismo de la modernidad del gran capital y donde el seguro médico privado se ha convertido en un símbolo de prestigio social. Aunque los avances en el acceso a la atención sean innegables, los opositores intentan deslegitimar a los SUS como la ‘medicina pobre para los pobres’ y los actores privados, aseguradores y prestadores, sostienen que sus servicios son de mejor calidad y más accesibles que los servicios públicos. Aprovechan que el acceso oportuno a los servicios de salud se ha convertido en una exigencia social a raíz de que los gobiernos progresistas lo han asumido como responsabilidad social del Estado.

Rothstein (1994) ha planteado que la construcción de nuevas instituciones públicas o una nueva organización institucional pública materializan valores y concepciones sociales de manera tal que crean y consolidan nuevos valores y normas sociales. O sea, son parte de la construcción de hegemonía. Parece haber ocurrido al revés con el neoliberalismo sanitarista. O sea, la transformación neoliberal del sector salud ha contribuido a la hegemonía de su concepción como expresión del ‘triumfo cultural de la derecha’.

La propuesta dominante de la Cobertura Universal de Salud (CUS) debe ubicarse en este contexto. Es un intento de fortalecer la hegemonía del pensamiento neoliberal en salud aparte de ampliar la acumulación capitalista en el sector. El análisis del discurso de la CUS revela que retoma engañosamente uno por uno los valores y proyectos de la izquierda sanitaria pero los dan un contenido distinto y los pervierten. Es así un discurso ideológico-político con pretensiones hegemónicas.

Veamos. El argumento sobre la escasez de recursos de donde parte el razonamiento de la CUS es un postulado de los economistas convencionales. Con esta premisa se evita problematizar el hecho de que no hay una relación directa entre el gasto en salud y la riqueza nacional. Por ejemplo según Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos los EUA gastan aproximadamente el 18% del PIB, Alemania el 11% e Inglaterra el 9% a pesar de que los EUA tiene los peores resultados de su enorme gasto en el acceso a servicios y en condiciones de salud. Esto demuestra que el gasto de salud tiene

que verse en el contexto de las políticas social y económica y las características concretas del sistema nacional de salud. Es un problema que concierne la distribución de la riqueza, su repartición a través del Estado y los valores sociales.

Los promotores de la CUS parecieran reivindicar el derecho a la salud para luego irlo calificando y/o condicionando. Estrictamente hablando el 'derecho a la salud' se basa en la idea del valor intrínseco e igual de todos los seres humanos. En tanto tal es un valor ético y es indivisible. Para que se realice debe haber un sujeto obligado a garantizarlo que no puede ser los privados dado que la relación entre ellos es contractual, voluntaria y limitado en el tiempo. Así el sujeto obligado solo puede ser la sociedad que le encarga al Estado garantizar este derecho. Para resolver ideológicamente este dilema y promover los agentes privados, los proponentes de la CUS conceptualizan la salud como un derecho humano y no un derecho social. El derecho humano pertenece al individuo en su relación con el Estado y tiende a asumir formas subsidiarias. O sea, se obliga al Estado a garantizarlo cuando el individuo no tiene los recursos suficientes. Esto significa en rigor que es la persona y no la colectividad que debe exigir para sí su cumplimiento. En cambio, la noción 'derecho social' es fundamento del Estado social y constitutivo de la ciudadanía social.

La individualización del derecho a la salud frente al Estado permite condicionarlo de distintas maneras. Por ejemplo, que quien tenga recursos que lo realice a través del mercado; que la obligación estatal solo es de un paquete para los pobres; que los beneficiarios de la acción estatal adopten ciertas conductas prescritas; etcétera.

La 'libertad de elección' está ideológicamente articulada a esta noción. Postula que el individuo tiene el derecho de elegir dónde, cómo y con quien atenderse. Se invocan las libertades individuales para incluir a los prestadores privados y garantizar que el erario público les retribuya el servicio prestado. Se añade a este argumento que permitirá mayor eficiencia porque obliga a la competencia de mercado sin evidencias que lo pruebe.

Otra noción que tiene una acepción distinta en el discurso CUS es 'universal' o 'universalidad'. Aunque su contenido original es que abarque a todos e incluya a todo, en este discurso se entiende implícitamente que es 'básica' o 'modificada'. De nuevo la justificación de esta restricción es que no hay recursos para dar todos los servicios requeridos a todos los necesitados sino solo un paquete determinado. El discurso también

es confuso cuando alude a la ‘cobertura’. Por un lado tiende a referirse a la cobertura poblacional de un seguro lo que tiende a excluir otras formas de acceso a los servicios de salud como en los sistemas públicos y gratuitos. Por el otro, la palabra ‘cobertura’ no se refiere, en primera instancia, a cuál es la cobertura de servicios de salud. Es decir, cobertura de aseguramiento, cobertura de servicios y acceso están disociados.

Otra palabra clave del discurso CUS es ‘equidad’ mientras que ‘igualdad’ aparece poco. Aunque ‘equidad’ tenga varias acepciones y algunas apuntan a exclusiones e inclusiones complejas y estructurales necesarias de abordar, universalidad e igualdad son conceptualmente ligadas al referirse a ‘para todos y de igual manera’. En un texto de la OMS europea Dahlgren y Whitehead (2006) define igualdad en salud como igual acceso a los servicios requeridos ante la misma necesidad. ‘Equidad’ en el discurso CUS puede significar desde un mínimo para todos (paquete básico), pasando por el pago por los servicios en función del ingreso, hasta la reducción de los servicios pagados por el Estado.

La CUS recomienda la participación de la sociedad civil o popular pero no especifica su contenido. Una razón de promover a la sociedad civil o las ONG es para desestatizar el sistema de salud en el camino de la privatización. La participación popular tiene múltiples interpretaciones. Cuando no contenga la modificación en las relaciones de poder y un proceso de construcción real, tiende a carecer de importancia. Esta afirmación se valida por el hecho de que la ‘participación comunitaria’ va desde formas de utilización de la comunidad para tareas simples, pasa por formas de control clientelar, hasta formas liberadoras. En algunos textos se vincula la participación popular a la ciudadanía social plagiando el discurso sanitarista brasileño. La falacia es que la ciudadanía invoca el ejercicio pleno de un derecho y no cabe en la CUS.

La lista de ambigüedades en el discurso de la CUS se puede prolongar con muchos ejemplos de cómo se han filtrado nociones neoliberales en el pensamiento de salud y también en el pensamiento progresistas. El resultado es la pérdida de rigor y precisión que genera mucha confusión. Una función de la ideologización es que no permite ver los hechos y reconstruirlos teóricamente para construir caminos para ir resolviendo problemas. La vigilancia epistemológica es por ello una práctica que debe ser cotidiana en momentos que se caracterizan por una intensa lucha por la hegemonía.

Conclusiones

Los Estados neoliberales y sociales de derecho en América Latina se insertan de manera distinta en la globalización. Los primeros están ampliando los campos de acumulación en salud en el aseguramiento, la prestación de servicios y la incorporación rápida de nuevos medicamentos y tecnología sin una evaluación adecuada de sus ventajas. Por el contrario, los Estados sociales de derecho resguardan la salud como un ámbito público de realización del derecho a la salud y un mecanismo redistributivo de la riqueza nacional. Sin embargo enfrentan distintos tipos de problemas, particularmente la permanencia y/o ampliación del aseguramiento y la prestación de servicios; hecho que tiende a canalizar recursos financieros públicos en detrimento del presupuesto para los servicios públicos, universales y gratuitos.

Aunque el derecho universal y gratuito a la salud les han conferido legitimidad a los Estados sociales también ha sido utilizado por sus adversarios en un intento de deslegitimarlos con el argumento de que estos son ‘pobres servicios para los pobres’. Esto ha convertido el campo de la salud en un terreno de lucha política. Por otro lado, existe actualmente en América Latina una intensa lucha ideológica entre la propuesta dominante del aseguramiento en salud como la vía para alcanzar una ambigua cobertura ‘universal’ y la propuesta de la construcción del SUS. En esta confrontación han sido apropiados y pervertidos muchos conceptos de la reforma sanitaria progresista.

El enfoque de las contradicciones entre acumulación y legitimidad en salud genera un conocimiento relevante pero se requiere de más estudios sobre estos temas.

Referencias

- ALVARADO, C. et al. Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social*, Montevideo, v. 3, n. 2, p. 95-109, 2008.
- ALPONTE, C. El gasto público social: 1999-2009. *Cuadernos del CENDES*, v. 27, n. 73, p. 31-70, 2010.
- ARDÓN, N. et al. *Voces críticas desde la academia sobre la emergencia social en salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2010.
- ARMADA, F. et al. Barrio Adentro and reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first three years. *Int J Health Services*, Amityville, v. 39, n. 1, p. 161-187, 2009.
- BANCO MUNDIAL. *Invertir em Salud*. Washington, D. C.: Banco Mundial, 1993.
- BORGIA, F. et al. De la invisibilidad de la situación de las policlínicas comunitarias-rurales en Uruguay, a la priorización de la salud rural como política pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 421-435, 2012.

BRASIL. Ministerio da Saúde. *Painel de Indicadores do SUS*. 2006. Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_%20indicadores_do_SUS.pdf>. Acceso en: 7 feb. 2013.

_____. Ministerio da Saúde. 2012. Disponible en: <http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es>. Acceso en: 7 feb. 2013.

CENTRO BRASILEIRO DE SISTEMA DE SAÚDE (CEBES). *Por que defender o Sistema Único de Saúde?* Rio de Janeiro: CEBES, 2014.

COHN, A. Questionando conceitos: o público e o privado na saúde no século 21. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES. 2010. p. 244-251.

_____. Entre sair da pobreza e ingressar na cidadania. Nova Classe Média, Utopia de um futuro fugaz? In: BARTELT, D.D. (Org.). *A "Nova Classe Média" no Brasil como Conceito e Projeto Político*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2013, p. 106-114.

COLIN, L.; PLAYER, S. *The plot against the NHS*. London: Merlin Press, 2011.

CURCIO, P. El gasto en salud durante la revolución bolivariana en Venezuela. *Salud Problema*, Xochimilco, n. 5/6/7, p. 31-48, 2010.

DAHLGREN, G. Why public health services? *Int J Health Services*, Amityville, v. 44, n. 3, p. 507-524, 2014.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. *Levelling-up 2: a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. Copenhagen: WHO European Office, 2006.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD (FUNSALUD). *Economía y salud*. México DF: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

GARCÍA LINERA, A. *Democracia, Estado y Nación*. La Paz: Asamblea Legislativa Plurinacional, 2013.

_____. *El presupuesto general de la nación*. La Paz: Vicepresidencia de la Republica de Bolivia, 2010. (Revista de análisis: reflexiones sobre la coyuntura, 4).

GIEDION, U.; ALFONSO, E. A.; DÍAZ, Y. *The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence*. Washington, DC.: The World Bank, 2013.

GUERRERO OROZCO, O. El fin de la Nueva Gerencia Pública. *Revista Chilena de Administración Pública*, Santiago, n. 13, p. 5-22, 2009.

HELLOWELL, M; POLLOCK, A. The Private Financing of NHS Hospitals: Politics, Policy and Practice. *Economic Affairs*, London, v. 29, n. 1, p. 17-19, 2009.

HERNÁNDEZ ÁLVAREZ, M.; TORRES-TOVAR, M. Colombia's New Health Reform: Helping Keep the Financial Sector Healthy. *Social Medicine*, New York, v. 5, n. 4, p. 177-181, 2010.

HERRERA, J.; LAURELL, A. C. Proyectos de prestación de servicios. In: PEÑA, F; LEÓN, B. (Coord.). *La medicina social en México II*. Ed. Eón., México DF, 2010. p. 163 -175.

HIMMELSTEIN, D.; ARIELY, D; WOOLHANDLER, S. Pay-For-Performance: Toxic to Quality? *Int J Health Services*, New York, v. 44, n. 2, p. 203-214, 2014.

HPV INDUSTRY TIMELINE. 2011. Disponible en: <<http://sanevax.org/>>. Acceso en: 15 sep. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: resultados nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2014.

INSTITUTO SURAMERICANO DE GOBIERNO EM SALUD (ISAGS). *Sistemas de salud en Suramerica*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012.

JEFFERSON, T. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, London, n. 339, p. b5106, 2009.

JULIAN, D. G. The evolution of the coronary care unit. *Cardiovascular Research*, Oxford, v. 51, n. 4, p. 621-624, 2001.

KESSELHEIM, A. S.; MELLO, M. M.; STUDDERT, D. M. Strategies and practices in off-label marketing. *PLoS Med* [internet], v. 8, n. 4, 2011. Disponible en: <<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000431>>. Acceso en: 28 ago. 2014.

LABRA, M.; GIOVANELLA, L. *Construcción del Sistema Único de Salud y participación de la sociedad civil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.

LAURELL, A.C. *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO 2013

LAURELL, A. C.; HERRERA, J. La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, Lanús, v. 6, n. 2, p. 137-148, 2010.

LEXCHIN, J. et al. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *BMJ*, London, v. 326, p. 1167, 2003.

LEÓN, J. *La participación ciudadana en salud en Venezuela*. Carabobo: CONSALUD, 2012.

LIEBE, M.; POLLOCK, A. *The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service*. Edinburgh: University of Edinburgh, 2009.

LONDOÑO, J. L.; FRENK, J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, Amsterdam, v. 41, n.1, p 1-36, 1997.

MELO, L. *El Sistema Público Nacional de Salud*. Carácas: La Rosa Roja, 2014.

MÉXICO. *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. México, DF: SSA, 2013.

MUÑOZ HERNÁNDEZ, O. et al. *Propuesta de un Sistema Nacional de Servicios de Salud*. México DF: Consejo Nacional de Evaluación, 2012.

NOGUEIRA, R. P. O desenvolvimento federativo do SUS e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. In: RODRIGUES, N.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). *Gestão pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

OCKÉ-REIS, C. O. *SUS: o desafio de ser único*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Evaluación de tecnologías sanitarias aplicada a los dispositivos médicos*. Ginebra: WHO, 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Barrio Adentro: derecho a la salud e inclusión social en Venezuela*. Carácas: OPS, 2006.

ORTIZ, L.; PÉREZ, D. *Chile and Costa Rica: different roads to universal health in Latin America*. 2014. Disponible en: <www.municipalservicesproject.org/publication/chile-and-costa-rica-different-roads-universal-health-latin-america>. Acceso en: 19 jul. 2014.

PAYNE, D. Tamiflu: the battle for secret drug data. *BMJ*, London, v. 345, p. e7303, 2012.

PEARCE, N. Corporate influences on epidemiology. *Int Jour Epidemiology* v. 37, n.1, 2008, p. 46-53.

PERSONALIZED MEDICINE COALITION *Personalized Medicine 101: the challenges*. 2014. Disponible en: <http://personalizedmedicinecoalition.org/Resources/Personalized_Medicine_101>. Acceso en: 19 jul. 2014.

PIKETTY, T. *Capital in the XXI century*. New York: Oxford University Press, 2014.

PRICE, D.; POLLOCK, A. M. 2010. The private finance initiative: the gift that goes on taking. *BMJ*, London, v. 341, p. c7175, 2010.

PRICEWATERHOUSECOOPER. *Pharma 2020: the visión*. 2007. Disponible en<www.pwc.com/gx/en/pharma-life-sciences/pharma-2020/pharma-2020-vision-path.jhtml>. Acceso en: 8 ago. 2014.

ROTHSTEIN, B. *Vad bör staten göra*. Estocolmo: SNS Förlag, 1994.

SALM, C.; BAHIA, L. Tênis, bermuda, fone no ouvido... Vai saúde e educação também? In: BARTELT, D. D. (Org). *A "Nova Classe Média" no Brasil como Conceito e Projeto Político*. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Böll, 2013. p. 115-123.

SISMONDO, S. Pharmaceutical company funding and its consequences: a qualitative systematic review. *Contemporary Clinical Trials*, New York, v. 29, n. 2, p.109-113, 2008.

TEJERINA, H. *Mapeo de APS en Bolivia*. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.

TETELBOIN, C. *La transformación Neoliberal del Sistema de Salud: Chile, 1973-1990*. México, DF: UAM, 2003

TORRES, M. Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 207-219, 2008.

VENEZUELA. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Anuario Estadístico 2009*. Carácas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2010.

_____. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Plan Nacional de Salud 2014-2019. Documento para el debate público* Carácas: Ministerio del Poder Popular para la Salud. 2014a. Disponible en <www.mpps.gob.ve/images/stories/pdf/salud2014.pdf>. Acceso en: 16 sept. 2014

_____. Ministerio del Poder Popular para la Salud. *Medicina Integral Comunitaria. Médicos y médicas para el pueblo*. Carácas: Ministerio del Poder Popular para la Salud, 2014b.

WAITSKIN, H. *Medicine and public health at the end of empire*. London: Paradigm Publishers, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World Health Statistics*. Ginebra: WHO, 2014.

_____. *WHO Global Health Observatory Data Repository*. Disponible en: <<http://apps.who.int/gho/data/node.country.regionAMR?lang=en>>. Acceso en: 15 ago. 2014.

WORLD TRADE ORGANIZATION (WTO). *Declaración relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. Ginebra: WTO, 2001.

ZAREMBAS, M. *Patientens pris: ett reportage om den svenska sjukvården och marknaden*. Estocolmo: Wylers förlag, 2013.