

Políticas de privatización de los sistemas de salud en países de América Latina.

María José Luzuriaga y Marina Gabriela Zunino.

Cita:

María José Luzuriaga y Marina Gabriela Zunino (2019). *Políticas de privatización de los sistemas de salud en países de América Latina. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/510>

Autoras/es:

María José Luzuriaga

Marina Gabriela Zunino

Diego Díaz Córdova

Lígia Bahia

José Antonio Sestelo Freitas

“Eje 2”: Estado y políticas públicas

“MESA 88”: Políticas, proyectos y acciones en salud

PONENCIA 182 | Políticas de privatización de los sistemas de salud en países de América Latina

Dra. María José Luzuriaga (Universidad Nacional de Lanús) - mariajoseluzuriaga@gmail.com

Dra. Marina Gabriela Zunino (Universidad Nacional de Lanús y Universidad Nacional de Avellaneda)

- ga.zunino2012@gmail.com

Dr. Diego Díaz Córdova (Universidad Nacional de Lanús) – didibart@gmail.com

Dra. Lígia Bahía (Universidade Federal do Rio de Janeiro) ligiabahia@terra.com.br

Dr. José Sestelo Freitas (Universidade Federal do Rio de Janeiro) sestelo.jose@gmail.com

Resumen

El análisis de las dinámicas actuales de los sistemas de salud exige observar la multiplicidad de variables del contexto nacional e internacional, así como la compleja trama de estrategias que diversos actores sociales del campo de la salud y externos han desarrollado en las últimas décadas.

Un abordaje posible para comprender las dinámicas específicas del campo de la salud es a partir de la relación público/privada. Uno de los supuestos, sostenido por esta línea de investigación, es el rol predominante de las políticas de gobierno para crear y promover el mercado de los planes y seguros de salud en la atención médica y, más aún, su sostenimiento a través del tiempo a partir del uso de recursos públicos. A su vez, se considera que la dinámica del mercado es un claro límite para la expansión de políticas públicas de salud universales. El trabajo desarrollado da continuidad a un estudio comparativo sobre las políticas públicas vinculadas a los procesos de privatización de los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Chile y Colombia entre 1980 y 2015. El foco del análisis se ubica en las empresas que comercializan planes y seguros privados de salud de los cuatro países mencionados.

Palabras clave: sistemas de salud, estudios comparados, privatizaciones, políticas públicas, América Latina

Introducción

El presente trabajo surge a partir de los resultados de una tesis de doctorado^[1] y del trabajo realizado por un grupo de investigación recientemente creado^[2] con el objetivo de profundizar y dar continuidad a la línea de investigación vinculada con las políticas de salud y las dinámicas complejas que se generan en las interacciones de los actores intervinientes (Estado, Sindicatos, Capitales Privados, Ciudadanos, etc.).

Este trabajo tiene como marco de desarrollo al campo de la Medicina Social-Salud Colectiva y se inserta particularmente en los esfuerzos desarrollados desde la perspectiva de Políticas de la salud, en la línea de investigación orientada a la construcción de marcos de referencia para comprender las múltiples relaciones que se entretienen entre el sector privado y el sector público de la salud - considerando la imposibilidad de poder estudiarlos aisladamente o de trazar un límite preciso entre ambos-.

En esta línea se considera central poder avanzar en la caracterización de las contradicciones en torno a lo que se considera público y aquello que es considerado privado, así como poder comprender y evaluar las políticas gubernamentales del sector salud, entre otras que también impactan en la dinámica del sector.

La relación público/privada es central para el análisis de las políticas públicas de salud, ya que otro de los supuestos sostenidos por esta línea de investigación es el rol predominante de las políticas de gobierno para crear y promover el mercado de los planes y seguros de salud en la atención médica; su sostenimiento a través del tiempo, como un negocio redituable a partir del uso de recursos públicos. A su vez, se considera que la dinámica del mercado es un claro límite para la expansión de políticas públicas de salud universales.

En este marco, se exponen algunos de los resultados que han sido producto del estudio mencionado sobre los procesos de privatización en cuatro países de América Latina -Argentina, Brasil, Chile y Colombia-, a partir del análisis de un conjunto de políticas públicas[3] que han intervenido en los procesos de privatización de los sistemas de salud de los países mencionados. Se consideró cada contexto nacional con foco en los escenarios políticos que generaron medidas de gobierno a favor de la expansión o limitación del mercado de planes y seguros privados de salud en los sistemas.

Breve recorrido por los estudios sobre esta temática en el campo de la salud colectiva

El análisis de las políticas públicas vinculadas a las empresas que comercializan planes y seguros de salud ha sido un tema poco estudiado en el campo de la salud, si bien es posible identificar algunos trabajos que han sido referentes y de gran relevancia en la Salud Colectiva.

En Brasil podemos identificar entre los trabajos que se han ocupado de las relaciones entre las políticas de la seguridad social y las empresas del sector aquellos realizados por diversos autores como Cecilia Donnangelo (1975), Aécio Cordeiro (1984), Oliveira y Sonia Texeira Fleury (1985), Regina Maria Giffoni (1981), Lígia Bahia (1997, 1999, 2005, 2008, 2009), Mario Scheffer (2006), entre otros. Cabe destacar en este punto la centralidad del trabajo de Donnangelo en la constitución del campo de la Medicina Social/Salud Colectiva ya que supo incorporar los debates sobre la cuestión del desarrollo económico y social de Brasil al debate sobre el binomio de la medicina liberal/medicina socializada (Sestelo, 2018). Por su parte, Cordeiro en su estudio clásico sobre las empresas médicas (1984) estudió las relaciones entre el Estado, la asistencia de la salud, el complejo médico-industrial y la estructura contradictoria existente entre segmentos de la burocracia de la seguridad social y las empresas médicas prepagas (Sestelo, 2018) . Por último nos interesa mencionar el trabajo de Bahia, quien en su tesis de doctorado (1999) y sus trabajos subsiguientes dirigió su indagación a explorar las contradicciones existentes entre los marcos referenciales existentes y las tensiones que se observan entre el SUS y las empresas de planes y seguros de salud, dando cuenta entre otros aspectos, de las múltiples segmentaciones, exclusiones y desigualdades de acceso al sistema. También en su trabajo evidencia las distancias entre los contenidos de las políticas y la dinámica real del sistema de salud.

En este punto resulta oportuno mencionar que los referenciales teórico-metodológicos para la comprensión más específica de la dinámica público/privada en el sistema de salud brasileño se sustenta en trabajos previos llevados a cabo por integrantes de los grupos que forman parte del proyecto que mencionamos al inicio (Bahia, 1999, 2009, 2016; Sestelo, 2017, 2018; Luzuriaga, 2012, 2014, 2018).

Se han identificado diversas trayectorias y estrategias entre las empresas que conforman este segmento que muestran y exigen un seguimiento más detallado de las mismas y sus posibles repercusiones para el sistema de salud y las políticas públicas.

En Argentina los estudios sobre el sistema de salud se han direccionado en su mayoría al análisis del subsector público y a la seguridad social, específicamente a las obras sociales, quedando el estudio de las empresas de medicina prepaga en un segundo plano. Si bien encontramos algunos estudios relevantes en el tema (Belmartino, Bloch, 1993; Fidalgo, 2008), sostenemos, en la misma línea de los

trabajos desarrollados en Brasil, que los agentes que participan en el mercado privado de la salud han representado y representan un obstáculo para hacer viable un sistema de salud igualitario y universal, así como poseen una fuerte capacidad de lobby en la definición de aspectos relevantes en las políticas de salud. Situaciones similares han podido observarse también en países como Chile y Colombia (Luzuriaga, 2016, 2018; Luzuriaga & Bahía, 2017).

Entre algunos aspectos que se destacan en este grupo de estudios ha sido el impacto de la actuación de dichas empresas o grupos económicos en la segmentación de la oferta, es decir, en el acceso diferenciado a los servicios de salud, el alto nivel de judicialización, el desfinanciamiento del subsector público producto del financiamiento público dirigido al sector privado a través de medidas políticas directas e indirectas, entre otros. A este cuadro se le suman las deficiencias o ausencias de las políticas regulatorias que han facilitado el crecimiento de este mercado.

Políticas seleccionadas y propuesta teórico-metodológica

De acuerdo con la propuesta de este estudio, el análisis de la *política* de las políticas públicas (Marmor, 2000) involucradas en los procesos de privatización de los servicios de salud se estructuró a partir de cinco momentos analíticos; si bien no necesariamente separados temporalmente según la dinámica particular que adquirió cada una de las políticas analizadas. El primero de ellos es el *contexto*, referido a la situación sociopolítica y económica existente al momento que la política bajo estudio comienza a ser formulada. El momento siguiente es *el origen de la política*, en el cual el análisis se dirigió a los objetivos de la política, los fundamentos, las razones para el tratamiento de esa política por sobre otros proyectos en competencia. En el tercer momento, el *desarrollo de la política*, el foco es colocado en las organizaciones involucradas en el debate, los procesos de negociación, la secuencia de las propuestas presentadas y las alternativas al proyecto principal. Luego, en la etapa definida como *la puesta en marcha*, el análisis se ubica en la dimensión más burocrática y en la identificación de los factores que posibilitaron y/o limitaron la implementación de la política. Por último, se pretendió realizar un balance de los resultados alcanzados evaluando la distancia entre la propuesta inicial de la política, la política sancionada y los resultados.

Respecto a la elección por el tipo de análisis, se desarrolló un abordaje desde *la política de las políticas* y a partir de una perspectiva comparada. Se considera que este tipo de análisis da una comprensión más integral del proceso de privatización en la región a partir de identificar las especificidades en cada uno de los casos así como las regularidades observadas. Así mismo dicha elección se sustenta en la necesidad de poder comprender el proceso en curso de transnacionalización de las empresas de

comercialización de planes y seguros de salud que se encuentran actuando en más de uno de los países estudiados.

La selección de los países respondió a diferentes motivos. En los casos de Colombia y Chile, los mismos llevaron adelante un proyecto de privatización elaborado como una de las políticas centrales de los gobiernos. Brasil fue considerado relevante por ser uno de los mercados de planes y seguros de salud más grande del mundo y por ser uno de los pocos países en la región con un sistema nacional de salud. En cuanto a la Argentina, podría considerarse un caso a medio camino de los anteriores, ya que el sistema de salud se encuentra constituido por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el subsector privado. Si bien el sector privado no tiene una participación tan elevada como en los demás países. Tomando la dimensión de la cobertura, el 15% de la población cuenta con planes privados, si bien existe una serie de interacciones que provocan inequidades en el sistema producidas por el modo en que las empresas privadas de salud se encuentran habilitadas para participar en la seguridad social.

Análisis y reflexiones provisionarias

Se analizó el proceso de privatización de los sistemas de salud considerando al mismo como la expansión de la participación de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud y el consecuente retroceso del sector público, en términos de reducción de su capacidad reguladora y del gasto del Estado^[4]. A su vez asumiendo la perspectiva adoptada por Starr a partir de la cual la privatización describe una dirección de cambio, y no denota un origen o destino específico, es decir, que su significado depende del punto de partida en el que se encuentra el equilibrio público/privado - previamente alcanzado en un dominio particular- (Starr, 1988), se buscó realizar un análisis que recuperase el modo en que se fue desarrollando la relación público/privada en los sistemas de salud de los países seleccionados a través de las políticas estudiadas.

Es a partir de este enfoque que se puede afirmar que existe un proceso de privatización en todos los casos estudiados. Sin embargo, también se identificaron límites al mismo. Siguiendo la propuesta de análisis de Maarse^[5] (2006), se hallaron límites contextuales, políticos, de políticas en competencia, de resistencia de actores sociales con capacidad de presión en el proceso de toma de decisiones de las políticas, y de políticas específicas del sector.

Los límites contextuales estuvieron vinculados a problemas estructurales como el desempleo, el mercado de trabajo informal y el nivel de ingresos, presentes en las políticas de los cuatro países estudiados. En cuanto a las políticas que han actuado como límites a la privatización, se observaron las decisiones políticas para la ampliación de la cobertura de salud. En esta situación se puede identificar el

Plan AUGE que permite entender la complejidad del tema ya que funcionó al mismo tiempo como un límite y un estímulo a la privatización

El Poder judicial ha sido un actor fundamental en el establecimiento de un límite a las políticas de privatización, particularmente en el caso de Colombia y Chile. En ambos países las sentencias realizadas por las Cortes Constitucionales han obligado a los gobiernos a elaborar medidas efectivas direccionadas a establecer mayores protecciones económicas y de acceso para los clientes de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud así como mayores restricciones y controles sobre sus actividades.

Otro aspecto relevante vinculado al punto anterior es posible identificarlo en la alta judicialización de las organizaciones de planes y seguros de salud en los cuatro países. Si bien, este fenómeno por un lado, expresa una dinámica estatal para evitar el incumplimiento de dichas organizaciones antes de llegar a nivel judicial, evidencia los límites y las fallas del sector privado para responder de forma adecuada a las necesidades de salud de sus beneficiarios.

También ha habido límites a la privatización vinculados a las políticas en competencia. En este caso adquiere particular relevancia el caso de la privatización del sistema previsional y la ley de flexibilización laboral en Argentina. A partir de las mismas se produce un desplazamiento del foco político en el proyecto de competencia entre obras sociales que estaba siendo discutido (no en el Congreso pero sí entre diversos actores claves del gobierno y el sindicalismo) cuando se comienzan a debatir las dos políticas mencionadas en el Congreso.

En Argentina, se destacan las resistencias de los empresarios a políticas de estímulo el proceso de privatización, como en este caso fue el avance en la política de competencia de Obras Sociales, Decreto 446/00. También es posible observar un freno al proceso de privatización vinculado a las reacciones de las empresas que se han posicionado reafirmando la existencia de límites en las reglas contractuales para la exclusión de prestaciones, los cuales según la mirada de las mismas, deberían ser mantenidos para asegurar la viabilidad de la actividad. En este punto es necesario aclarar que se entiende un límite a la privatización, en términos de un límite a la ampliación de determinadas prestaciones de salud, que desde el punto de vista de las empresas no se consideran un “buen negocio” y posiblemente podrían no implicarles mayores márgenes de ganancia. Aun así, este hecho se considera un límite porque mantiene determinadas prestaciones fuera de la órbita de dichas empresas y de esta manera, fuera de la intermediación entre la población que requiere esas prestaciones y los servicios de salud. Es un límite aunque sea por propia decisión o por incapacidad para identificar o elaborar una estrategia de negocio en ese ámbito.

El sindicalismo ha actuado también poniendo límites definidos al proceso de privatización como se observa en Argentina en relación a la política de competencia de obras sociales. Esto no se ha evidenciado en los otros países estudiados.

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 que encuentran semejanzas en los cuatro países estudiados. Entre ellos juegan un importante papel la alegación a la incapacidad del Estado para responder a las necesidades de acceso y utilización de los servicios de salud; la insuficiencia del Estado para atender al conjunto de la población; las referencias a los modelos considerados “virtuosos” como los casos de Chile y Colombia; el miedo a la estatización; la incompetencia del sector público para administrar los recursos; la falta de comprensión o de conocimiento por parte de las personas y del Estado sobre el rol del sector privado y el rol del sector público. Argumentos que resultan particularmente relevantes para el análisis de los efectos de las políticas públicas considerando las posiciones de poder que van ocupando los actores privados, a través de sus cámaras, organizaciones como del lobby de políticos, en los procesos de elaboración de políticas en los cuatro países estudiados.

En todos los países se observa la existencia de normas legales que destinan fondos públicos así como políticas que estimulan la actividad de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud. Entre ellas se pueden mencionar líneas de créditos, préstamos, subsidios, beneficios fiscales tanto para las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud como para las personas que adquieren un plan o seguro así como para los empleadores que contratan planes corporativos para los trabajadores.

El enfoque adoptado sobre los procesos de privatización permite cuestionar las tipologías que han sido utilizadas para definir los sistemas estudiados siendo considerado al sistema argentino como un sistema basado en el seguro social, el brasileño como un sistema universal, el chileno como un sistema dual y el colombiano como el modelo de pluralismo estructurado, en la literatura considerada como el más privatizado. Desde la perspectiva elegida el análisis debería incorporar los múltiples límites existentes en la relación público/privada, su trayectoria y poder distinguir un gradiente de niveles de privatización con sus implicaciones, o sea, enfatizando los factores que estimulan y limitan ese proceso en cada caso.

Por otra parte, en relación a la forma como fue pensada la privatización del sistema de salud por varios de los autores citados, se observa un repertorio común en donde aparecen los términos mencionados sin cierto cuestionamiento a las categorías utilizadas para la comprensión de las experiencias de las

políticas y sistemas estudiados. Se entiende que este límite en la aplicación de categorías más específicas se debe a que los trabajos no se enfocaron en los procesos de privatización desde la perspectiva propuesta en este estudio. Por ese motivo existe un desfase o desacoplamiento entre la dirección de la reflexión de los autores estudiados y el análisis de la política de las políticas públicas de los procesos de privatización efectuada en este trabajo.

A pesar de los riesgos que conlleva la realización de este tipo de estudios, se ha podido ver que tienen un gran potencial ya que permiten una lectura más rigurosa y completa de los procesos de elaboración e implementación de las políticas, permitiendo también distinguir aquellas diferencias y semejanzas que son fundamentales y aquellas que no lo son. Otro aspecto de gran relevancia es que los mismos estimulan a formular nuevas preguntas e hipótesis y de esta manera cuestionar tipos de modelos o etiquetas con las que diferentes políticas y procesos han sido analizados. En este sentido, las políticas estudiadas en los diversos casos encuentran semejanzas y coincidencias en el carácter de los conflictos, entre los actores involucrados, en las posiciones y argumentos desarrollados por los mismos. Sobre todo lo que se evidenció fue la existencia de límites a la privatización. Estos límites se debieron tanto a fallas del mercado y a fallas en la reglamentación como a límites estructurales. Como se ha afirmado a lo largo de todo el trabajo el mercado de planes y seguros de salud está determinado por el mercado de trabajo y en los países estudiados el comportamiento del mercado de trabajo se caracteriza por una alta inestabilidad e informalidad.

En cuanto a las generalidades que se observan en todos los casos se encuentran recurrencias en el contenido de la legislación sobre la regulación de las coberturas mínimas, las preexistencias y carencias, el aumento de las cuotas, el perfeccionamiento o creación de los sistemas de registros y de información.

También se pudo ver la recurrencia en el uso del término de libre elección o libre opción. Término que debe ser interrogado, ya que en todos los casos esa libre elección no es tal. En el caso de Argentina, no todos los trabajadores pueden derivar sus aportes; en el caso de Chile y Colombia existe un componente compulsorio por el cual a los trabajadores se les descuenta automáticamente un porcentaje de su salario para la seguridad social.

Otro elemento común a los cuatro casos se refiere a los argumentos de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud. Entre los que se destacan la indignación frente a la judicialización, la comprensión errada por parte de las personas y del Estado acerca del rol del sector privado en el sistema de salud; el énfasis tanto en su capacidad y eficiencia como en su componente innovador dentro del sistema de salud; la fundamentación de su participación vinculada a la

incapacidad de las instituciones públicas y el exceso de regulación como elemento que inviabiliza la actividad. También resulta interesante la reflexión en relación al derecho de las personas a tener un acceso diferencial si cuentan con capacidad de pago. En un caso asocian este hecho a la metáfora del avión con diferentes clases. Cuestionan fuertemente las normativas vinculadas a la ampliación de la cobertura obligatoria y a las restricciones en la selección de admisión de personas con enfermedades crónicas así como a los controles de las cuotas. También denuncian dichas normativas como medidas inconstitucionales que amenazan la libertad de la iniciativa privada y la sobrevivencia del sector y las etiquetan como medidas demagógicas y con total desconocimiento sobre el sector.

En cuanto a las organizaciones que representan a las clínicas y hospitales privados se observa que estuvieron presentes en las coaliciones, en los debates con una posición clara frente a la política que buscaba un control técnico administrativo por el Estado.

Los sindicatos de trabajadores aparecen colocando un límite claro a las medidas privatizantes, como se vio en los casos de Argentina y Colombia. En Chile también aparecen pero en menor medida. En el caso de Brasil aparecen en una posición favorable a las organizaciones de planes y seguros de salud.

Las instituciones gubernamentales sin duda también tienen un papel relevante en las políticas analizadas. Algunas han tenido un papel más activo, como en el caso de Argentina la Subsecretaría de Defensa del Consumidor, en ocasión de la elaboración del proyecto de ley de EMP. En todos los casos las instituciones de fiscalización y control del Estado fueron creadas una vez que ya se encontraba consolidado el sector de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud. Algunas fueron creadas durante el proceso de reglamentación. En todos los casos cuando ya existía un mercado consolidado. Las diversas instituciones tienden a naturalizar la existencia del mercado^[6]. En todos los casos se observa una fluida circulación entre los directivos de las organizaciones que comercializan planes y seguros de salud y las instituciones de fiscalización y control del sector, colocando límites al control efectivo sobre las mismas, ya que el papel del controlador y el controlado se ve desdibujado.

Este hecho fue definido por la bibliografía de las elites como puerta giratoria o circulación público-privada^[7]. Sin duda el estudio de las instituciones gubernamentales en este tema requiere un desarrollo en profundidad que no fue realizado en este trabajo.

En cuanto al Poder Legislativo, se pudo observar que no se evidencia en los relatos de los debates una polarización. La excepción parece haber sido el debate sobre el capítulo de salud en la Constitución brasileña en 1988. Por otra parte, el Poder Judicial de Brasil sí se posicionó de forma contundente a favor de los derechos de los clientes de planes y seguros de salud. En algunos casos como en Colombia y en Chile, tuvo un papel activo exigiendo al Ejecutivo la realización de medidas estructurales para

revertir los recurrentes problemas de acceso y negación de cobertura de la población. La participación de las organizaciones sociales en el caso de Colombia fue clave para hacer efectiva la sentencia de la Corte Constitucional.

Conclusiones preliminares

A partir de lo expuesto se puede decir que los efectos de la privatización sobre el conjunto del sistema son diferentes en cada uno de los casos. Por lo tanto la forma en que se ha configurado la relación público/privada en cada uno de los países también desarrolló una dinámica específica; si bien, como fuera mencionado, se pueden identificar ciertos elementos que se repiten, como los contenidos de la legislación y los actores y su posicionamiento frente a determinados aspectos de las políticas.

Este es un análisis necesariamente provisorio. Si bien todo estudio, y particularmente el de políticas públicas que continúan vigentes. En ese sentido, en función de los escenarios descritos, las políticas que fueron estudiadas pueden ser expandidas o modificadas, así como también es posible que otras políticas que incidan en el proceso de privatización pueden ser anunciadas.

Sostenemos que la propuesta de trabajo, basada en los referenciales teórico-metodológicos y en la experiencia acumulada por las investigaciones previas, nos permite afirmar la relevancia que adquiere en la actualidad el avance de esta línea de estudio. Si nuestro papel como científicos sociales e investigadores del campo de la salud es, en un primer paso, visibilizar y analizar las contradicciones existentes en las políticas públicas que intervienen en las dinámicas actuales de nuestros sistemas de salud, podremos -a la luz de los resultados alcanzados y con la posibilidad de que se pueda contar con más evidencia empírica-, retroalimentar y fortalecer la discusión teórica y contribuir al debate en la sociedad acerca de cómo pensar nuestro sistema de salud y qué sistema de salud es posible

Bibliografía

Bahia, Ligia. 1997. “Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo”. *Cadernos de Saude Coletiva* 5(2):105–22.

Bahia, Ligia. 1999. “Padrões e mudanças das relações público privado: os planos e seguros saúde no Brasil [Tesis de Doctorado]”. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

Bahia, Ligia. 2001. “Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90”. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2):329–39.

Bahia, Lígia. 2009. “O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada”. *Ciência & Saúde Coletiva* 14(3):753–62.

Bahia, Ligia y Mário Scheffer. 2010. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo, SP: Editora UNESP.

Bahia, Ligia, Mario Scheffer, Leandro Reis Tavares, y Iale Falleiros Braga. 2016. “From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil”. *Cadernos de Saúde Pública* 32(suppl 2).

Belmartino, Susana y Carlos Bloch. 1993. “La Medicina pre-paga en Argentina: su desarrollo desde los años sesenta”. *Cuadernos Medicos Sociales* (64):5–29.

Castellani, Ana Gabriela, Radigraffía de la elite económica argentina. Estructuray organización en los años noventa. UNSAM, San Martin, 2016.

Cordeiro, Hésio. As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

Donnangelo, M. C. F. 1975. Medicina e sociedade (o médico e seu mercado de trabalho). Livraria Pioneira Editora.

Fidalgo, Maitena María. 2008. Adiós al derecho a la salud: el desarrollo de la medicina prepaga. 1a. ed. Buenos Aires: Espacio.

Fleury, Sonia, Enis Baris, y Susana Belmartino. 2001. Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Ottawa; Herndon: IDRC/CRDI Stylus Pub., LLC [distributor].

Luzuriaga, Maria José. 2012. “Regulación, Medicina Privada y Ciudadanía: Un estudio acerca de las denuncias presentadas ante la Subsecretaría de Defensa del Consumidor de la Nación sobre los seguros de salud de las empresas de medicina prepaga durante el periodo 2000-2008”. Universidad Nacional de Lanús, Lanús.

Luzuriaga, Maria José. 2018. Privados de la Salud: las privatizaciones de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. Sao Pablo: Hucitec.

Luzuriaga, María José y Lígia Bahia. 2016. “Aportes de los estudios comparativos para la comprensión de las políticas y sistemas de salud en países de América Latina”. *Cadernos Saúde Coletiva* 24(1):55–62.

Luzuriaga, Maria José y Lígia Bahia. 2017. “Procesos de expansión y límites a la privatización de la atención de la salud en América Latina: más allá de las tipologías”. *Cadernos de Saúde Pública* 33(suppl 2).

Maarse H. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2006;31 (5): 981-1014.

Okma, KGH; Marmor, T, Comparative studies and healthcare policy: learning and mislearning across borders. *Clinical Medicine* 2013; 13: 487–91.

Scheffer, Mário C. y Mario R. Dal Poz. 2015. “The Privatization of Medical Education in Brazil: Trends and Challenges”. *Human Resources for Health* 13(1).

Sestelo, Jose. 2017. “Planos e seguros de saúde do Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira”. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Sestelo, José Antonio de Freitas. 2018. “Dominância financeira na assistência à saúde: a ação política do capital sem limites no século XXI”. *Ciência & Saúde Coletiva* 23(6):2027–34.

Sestelo, José Antonio de Freitas, Artur Monte Cardoso, Ialê Falleiros Braga, Leonardo Vidal Mattos, y Lucas Salvador Andrietta. 2017. “A financeirização das políticas sociais e da saúde no Brasil do século XXI: elementos para uma aproximação inicial”. *Economia e Sociedade* 26(spe):1097–1126.

[1] Luzuriaga, María José. 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 (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

[2] El equipo de investigación se encuentra actualmente con un PICT presentado ante el FONCYT : PICT-2018-0005 Políticas y Economía de la Salud.

[3] Ver detalle de las políticas seleccionadas para cada país en Luzuriaga, 2016.

[4] Si bien como señala Paul Starr puede existir un proceso de privatización con un aumento inesperado del gasto público y observarse un proceso de privatización (1988).

[5] Se debe recordar que para la autora entre los factores que estimularon la privatización identificó las Ideas neoliberales, el estancamiento del gasto en el presupuesto público de salud, la baja calidad del sector público, y procesos políticos y sociales más amplios. En cuanto a aquellos factores que actuaron como barrera a la privatización encontró el acceso universal a los servicios de salud, los valores existentes en la sociedad, estructuras corporativas de gobierno (relaciones entre los diversos agentes que generan una cultura de ajuste mutuo por búsqueda de consensos y compromisos políticos), y fallas del sector privado (MAARSE, 2006).

[6] Para el caso de Brasil se recomienda la lectura de SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.29, n.5, p.851-866, maio/2013.

[7] De acuerdo a como es descripto por Castellani la llamada puerta giratoria es definida de esta manera por la bibliografía de las elites (Gormley 1979; Eckert, 1981; Cohen, 1886; Che, 1995) y se puede observar a partir del análisis de la multiposicionalidad y la circulación de los miembros de la elite económica en el ámbito privado y estatal (Castellani, 2016)