

# Privatizaciones, ideología y modelo de desarrollo

*Ricardo A. Yocelevzky \**

## 1. Los antecedentes ideológicos

Una tendencia general en la evolución de los servicios sociales en América Latina,<sup>1</sup> particularmente los servicios de salud y la seguridad social, es a una mayor participación del sector privado en su provisión y administración. Éste es un rasgo muy destacado de la evolución general del desarrollo de estos países, pero que en algunos casos asume una complejidad que dificulta su examen.

Normalmente se supone que lo que ocurre con estos sectores es parte un modelo de desarrollo puesto en práctica concientemente por los gobiernos, lo cual es en general indiscutible, y dentro del cual esto es sólo una extensión de la privatización ya emprendida de las actividades productivas, pero, dependiendo de si el observador es en principio favorable o no a la aplicación de ese modelo, el análisis se puede reducir a la deducción de lo que serían las consecuencias para estos sectores de la aplicación del modelo general, con lo cual, el problema se traslada al nivel de conceptualización del modelo de desarrollo como tal, y en este terreno no hay acuerdos ni definiciones demasiado claras. La dimensión ideológica, inevitable en la consideración de este tipo de problemas, asume tal importancia, que impide la confrontación teórica.



**IZTAPALAPA 38**  
EXTRAORDINARIO DE 1996  
pp. 37-56

\* Profesor investigador, Departamento de Política y Cultura, UAM-Xochimilco.

La discusión suele comenzar eliminando al otro por descalificación (ideológica).

Se puede partir del consenso respecto de la importancia de los procesos de privatización como una de las características del rumbo que la evolución del capitalismo asumió desde fines de la década de los setenta. En general se identifica al gobierno de Margaret Thatcher, elegido por primera vez en 1979 en Gran Bretaña, con el liderazgo en este proceso de cambio, seguido casi inmediatamente por la administración Reagan en los EUA, inaugurada en 1981. Sin embargo, para el caso latinoamericano es importante recordar que se reconoce que antes de estos dos triunfos del nuevo modelo capitalista, caracterizado entre otras cosas por el empuje privatizador, Chile, bajo la dictadura de Pinochet, había comenzado en 1975 uno de los procesos privatizadores más radicales e ideologizados. (Donahue, 1991)

Este hecho fue decisivo para la difusión del modelo en América Latina, donde se puede decir que ésta fue retardada por su identificación con una dictadura particularmente criminal y con el origen foráneo de las ideas orientadoras de la acción gubernamental, cuya dirección estratégica en el terreno económico fue entregada a un grupo conocido como los "Chicago Boys" (Fontaine, 1988). Esta anécdota es clave para el rastreo de los orígenes de las

ideas puestas en circulación por los funcionarios de la dictadura chilena. Por si la presencia en Chile de Milton Friedman y Arnold Harberger como asesores de los funcionarios de la dictadura no fuera suficiente, André Gunder Frank documentó el origen de estas relaciones en dos cartas abiertas a ambos profesores mencionados más arriba (Frank, 1976).

Se puede afirmar que la asociación de las políticas económicas aplicadas por la dictadura chilena con la teoría monetarista identificada con los profesores de Chicago, en particular con Friedman, fue al mismo tiempo un triunfo y un obstáculo para estas ideas en América Latina. Esto se debe a que si cada uno de los actores de este drama queda mejor identificado por la definición de su enemigo, el hecho de que los militares chilenos hubieran descontado a las fuerzas socialistas, dejando el campo libre para el experimento monetarista sin oposición aparente, ocultaba el hecho que el adversario de los monetaristas estaba tanto entre las fuerzas derrotadas por la dictadura militar como entre quienes la habían apoyado. Ésta era una redefinición en el campo de la lucha ideológica, una profundización en la definición de las características que asumiría la dictadura militar y, por consecuencia, una depuración y redefinición de la alianza social y política que había hecho posible el golpe de estado de 1973. (Frei, 1975).

En el terreno ideológico, que es el que importa aquí, el enemigo que más preocupaba ahora a los "Chicago Boys" no eran los socialistas de ningún pelaje sino los estructuralistas, identificados en el terreno de la economía con las ideas keynesianas, dominantes en el mundo capitalista desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, y, para el caso de América Latina, con las ideas "desarrollistas" identificadas principalmente con las contribuciones de Raúl Prebisch, que en el mismo período habían llegado a dominar en la orientación de la política económica de la mayoría de los gobiernos latinoamericanos impulsadas por la asesoría técnica de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) dirigida originalmente por el mismo Prebisch. (Bardón *et al.* 1985).

Así, cuando el binomio Thatcher-Reagan emprende la demolición del estado benefactor, como encarnación de las ideas de Keynes y sus herederos, Pinochet ya había avanzado algún trecho en la destrucción del estado desarrollista, encarnación no sólo de la versión para los pobres del estado benefactor sino de algo más en el terreno ideológico y, particularmente en el de la ciencia económica. De las aportaciones de Prebisch, en particular de su crítica a la teoría convencional del comercio internacional, sobre las cuales basaba su concepción de la política de desarrollo para los países latinoamericanos, una

conclusión importante era la diferenciación establecida entre el centro y periferia del sistema capitalista mundial, la cual hacía, a lo menos, relativa la validez de las recetas de política económica de un tipo de países para los otros, requiriendo así un esfuerzo de teorización para cada tipo de capitalismo, cuestión que está en el origen de todas las aportaciones de las ciencias sociales latinoamericanas por más de tres décadas.

Por contraste, el monetarismo, inspirador primero del cambio de modelo económico, y la teoría económica neoclásica por detrás, son doctrinas económicas con pretensiones de validez universal, lo cual elimina la consideración de la situación específica del capitalismo latinoamericano, y, además propone su concepción de las relaciones sociales, incluyendo el modelo de la racionalidad que debe orientar las políticas públicas, en particular las políticas sociales. Éste es el motor ideológico de las modernizaciones chilenas que hoy, libres del estigma de su asociación con una dictadura sangrienta son propuestas como modelo para los demás países latinoamericanos.

La generalización del modelo de desarrollo económico aplicado en Chile en la segunda mitad de los setenta a los demás países latinoamericanos se hizo posible a partir de la crisis de la deuda en 1982, coyuntura en la que los orga-

nismos financieros internacionales impusieron la política de estabilización y ajuste estructural que ha caracterizado los últimos diez y más años en toda la región. Esto encierra una paradoja, puesto que la disociación entre el modelo económico y la dictadura chilena fue posible no sólo por el triunfo ideológico representado por Reagan y la Thatcher en el mundo desarrollado, sino porque, al mismo tiempo, el nuevo modelo arribó a los países latinoamericanos junto con los procesos de redemocratización después de las dictaduras de los setenta, haciendo sin embargo, de los ochenta una década perdida para el desarrollo pero en la cual la democracia electoral alcanza una vigencia sin precedentes en los países de la región. Parte de la paradoja se explica por el triunfo de la ideología llamada con cierta imprecisión neoliberal, que ha producido un nuevo sentido común en América Latina que vuelve impensable la propuesta de alternativas a las políticas económicas dominantes, lo cual produce el curioso espectáculo político de, por un lado, los nuevos actores inimaginables hace veinte años, las posiciones injustificables de los actores políticos que conservan las etiquetas de otros tiempos, sin mencionar los cambios en la calidad del liderazgo.

Este sentido común dominante, que limita hasta la imaginación para buscar alternativas, no sólo está presente en

las ciencias sociales sino que buena parte de su autoridad deriva de su dominio sin contrapeso en algunas de estas disciplinas, en particular en la ciencia política y la sociología. Es aquí donde los rasgos de la práctica dominante se transforman en la única realidad posible, adquiriendo un carácter "natural". Este tipo de "naturalidad" es el que han llegado a adquirir los procesos de privatización, como parte esencial del modelo en aplicación y, por lo tanto de un futuro que se presenta como ineluctable.

## 2. La práctica privatizadora

La privatización aparece entonces como una necesidad del progreso económico y social y su correlato es el retiro del Estado de ciertas actividades, lo cual permite su adelgazamiento, como una meta ideológica indiscutible, pero fundada en las evidentes deficiencias de la acción del Estado como elemento definitivo de la etapa anterior del desarrollo. Ésta es una visión polar que, a la luz de la práctica se ha ido relativizando en los últimos años pero que sigue siendo importante en el trasfondo liberal de la ideología hoy dominante.

En el modelo de "crecimiento hacia adentro", tal como lo definía la visión desarrollista hasta la década del setenta, el estado era un actor fundamental. Su papel creció hasta convertirse en un empresario importantísimo. No hay du-

da de que las dificultades de este modelo de desarrollo, que siempre las tuvo pero que se agudizaron a partir del período 1968/73, culminaron a comienzos de los ochenta con la crisis de la deuda.

Sin entrar en la discusión de las causas de todos estos procesos y de si había o no alternativas a las políticas que se impusieron a partir de entonces, se puede examinar las características de las privatizaciones, como un componente fundamental de ellas y de su significación en término de la redefinición del papel del estado. Las privatizaciones se pueden examinar en tres ámbitos principales: las empresas estatales, la seguridad social y los servicios de salud. Las empresas estatales como objeto de privatización son fundamentales porque la racionalidad que orienta todas las privatizaciones es la búsqueda de la eficiencia económica. Si bien para 1992 ya casi todos los países de América Latina habían diseñado algún tipo de plan de privatización de las empresas estatales, la experiencia más larga es la de Chile, seguido por México y Argentina. A fines de 1989, las empresas públicas en Chile se habían reducido a 45, habiendo sido 75 en 1970 y habiendo llegado a más de 200 (otras fuentes dicen más de 500) en 1974. Esto muestra el nivel de estatismo de la política típicamente desarrollista, que culmina en 1970, el impulso estatizador del intento chileno de tránsito al socialismo (1970-1973) y, por últi-

mo, el impulso privatizador de la dictadura militar. Este proceso de privatización no es simple ni directo sino que se desarrolló en etapas que muestran idas y venidas. La dictadura comenzó por devolver muchas de las empresas que habían sido nacionalizadas o intervenidas por el gobierno de la Unidad Popular, de las cuales muchas volvieron a manos del gobierno en 1982-1983 a raíz de lo que se definió como "colapso sistémico" de la economía chilena, pero que fueron rápidamente retransferidas al sector privado en 1984-1985. En una tercera ola privatizadora, entre 1985 y 1989, se privatizaron 30 empresas públicas más (CEPAL, 1994, p. 31).

En México el proceso privatizador comenzó en 1983 pero se intensificó en 1989. Para 1992 las empresas paraestatales se habían reducido de 1,155 a 221. Poco más de un tercio fueron vendidas, deshaciéndose el Estado del resto a través de liquidaciones, fusiones de empresas y traspasos a las autoridades locales.

En Argentina, el proceso de privatización se inició en 1989. Entre 1990 y 1992 se privatizaron total o parcialmente veinte empresas de propiedad pública, además de concesionarse las carreteras más transitadas a empresarios privados con derecho a cobrar peaje y se inició la privatización del sector petrolero del país.

En general, todos estos procesos de privatización han compartido algunas

características, de las cuales las tres más notorias han sido: 1) han constituido un traspaso importante de recursos públicos a bolsillos privados por distintas vías; 2) lo anterior ha implicado una falta de transparencia generalizada de estos procesos; 3) el resultado ha sido una importante concentración del poder económico a través del fortalecimiento de grupos ya existentes o la creación de nuevos grupos de poder.

Por supuesto éstos son temas de investigación tanto histórica como política y, pero el punto que importa destacar aquí es que el Estado protagoniza esta supuesta retirada de la actividad económica determinando la estructura de poder en esta esfera y no dejando lugar a un mítico mercado que sería el escenario de una no menos mítica competencia, sino creando una complicada estructura de monopolios y cuasi monopolios cimentada por una red de complicidades en que se funden el personal de las élites política y económica.

Se puede argüir que esto no es nada nuevo, y se tendría la razón al hacerlo, pero sólo se debe recordar que esto se hace en medio de versiones que presentan el proceso como el avance del mercado y el retiro consecuente del estado con su secuela de ineficiencia, distorsiones y corrupción.

Un segundo campo de privatizaciones es el de los servicios de salud, el cual aparte de su impacto social y político ha

tenido un impacto ideológico muy importante, particularmente entre las clases medias.

De nuevo el caso chileno, extremo por el nivel de ideologización que lo ha rodeado, puede resultar paradigmático puesto que ese país ha tenido el raro privilegio de servir de campo de experimentación para varios proyectos sociopolíticos en la segunda mitad del siglo XX. Para apreciar el sentido y magnitud de los cambios a que se está haciendo referencia se puede citar una caracterización de la situación de los servicios de salud chilenos a comienzos de la década de los setenta: "El SNS (Servicio Nacional de Salud) (en el período 1964-1970) es el pilar básico de la salud en el país: tiene una cobertura del 100 por ciento de la población en lo que se refiere a *fomento y protección* y cubre alrededor del 80 por ciento de ésta, en acciones de *recuperación* de la salud. Por otra parte absorbe el 90 por ciento del gasto público del sector y es propietario del 93.5 por ciento de las camas hospitalarias del país" (Morales, 1981, p. 47). Ya a comienzos de la década en curso, aproximadamente un 24 por ciento de los egresos de hospital se producen en el sector privado con fines de lucro (financiado por seguros privados). Más aún, casi un 33 por ciento de las consultas médicas se producen en el sector privado, ya sea financiado por seguros privados (18.6 por ciento), o

bien por el seguro de salud estatal (14.09 por ciento) (República de Chile, Ministerio de Salud, 1992, p. 25).

En el terreno ideológico, la presentación de estos cambios es sólo la culminación del triunfo de una posición que se impuso en una confrontación crucial en el terreno político en 1973. La celebración de estas transformaciones por parte de quienes las consideran un avance son muy elocuentes:

Para una primera aproximación al sorprendente mundo de los servicios de salud prestados por empresas privadas nada mejor que recorrer a pie las primeras tres cuadras de la Avenida Salvador, en Santiago, las que se han transformado en un 'barrio médico'. En menos de cuatrocientos metros, compiten entre sí diecisiete compañías que ofrecen los más variados servicios, desde rayos X, laboratorios y tomografías computarizadas, hasta atenciones de cirugía plástica. (Lavín, 1987, p. 133)

Entre los fenómenos curiosos de la privatización de la salud está el cambio de las enfermedades más frecuentes. La consulta por resfrío es la más común entre los afiliados a ISAPRES (Institutos de Salud Provisional), y no lo era en el sistema estatal. La razón no reside en que ahora la gente se resfríe más, sino en que en el sistema estatal, en el que había que levantarse a tempranas horas para conseguir número para ser atendido, nadie pasaba esas molestias por un simple resfrío (Lavín, 1987, p. 135).

Estos párrafos muestran la densidad del fenómeno ideológico que rodea estas discusiones. Aprovechando el tono anecdótico del autor, hay que decir que los alrededores del hospital Salvador, una de las sedes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, ubicado en la avenida de ese nombre, era un "barrio médico" desde antiguo ya que a su alrededor se ubicaban el Hospital San Luis (enfermedades venéreas y de la piel) y el Hospital de Neurocirujía.

Los párrafos escogidos muestran los niveles entre los que se mueve tradicionalmente la argumentación a favor de la medicina privada. La imagen más poderosa es la de la atención médica individual, en un consultorio privado, sin largas esperas y sin trámites burocráticos, que parecen ser lo propio de los sistemas estatales. Sin embargo, la situación en que médicos y pacientes se encuentran individualmente en una relación de mercado en que participen exclusivamente ellos dos es excepcional. Si ésta fuera la situación dominante cuantitativamente, el mercado de servicios médicos sería muy reducido por varias razones.

Desde el punto de vista de la oferta, el médico individual, aun cuando su consultorio contenga una considerable inversión en tecnología, tiene limitaciones insuperables en el rango de servicios que puede ofrecer, tanto por razones técnicas como económicas.

Hay tecnologías que no son accesibles ni rentables para el inversionista individual. Por otra parte, hay procedimientos que requieren de la internación de los pacientes, por lo cual la idea de un agregado de individuos que constituyen por sí mismos la oferta de servicios médicos en este mercado es imposible en la realidad. Dos tipos de organizaciones aparecen como necesarias, complementarias y, aunque a veces no sean vistas como tales, determinantes importantes de las formas de organización de los servicios médicos: los hospitales y los laboratorios clínicos (sin considerar a los laboratorios farmacéuticos y las cadenas de distribución de medicinas de varios tipos). De modo que la oferta de servicios médicos está determinada por su organización económica y es por lo tanto *social*.

Desde el punto de vista de la demanda, la distribución del ingreso predominante en América Latina (y para el caso, en los países desarrollados también) hace que sólo una proporción muy pequeña de la población pueda, teóricamente, disponer de los recursos líquidos, inmediatos, necesarios para pagar los servicios médicos cuando son requeridos. Más aún, las personas que pudieran disponer de tales recursos no siempre tienen entre sus prioridades de gasto familiar la salud. Esto hace que la demanda de servicios de salud también requiera de alguna forma de organización social.

La evolución histórica de la organización de los servicios de salud, por muy variadas que fueran las rutas que siguió en los distintos países de América Latina para llegar a las situaciones predominantes a fines de la década de los sesenta y la primera mitad de los setenta, que es cuando comienza el proceso que motiva las preocupaciones actuales, tenía sin embargo, elementos determinantes generales, entre los cuales destaca la debilidad del sector privado constituido por médicos independientes, considerada casi como un dato estructural. La creciente participación del Estado, en muchos casos convirtiéndolo en el principal empleador del personal médico, como muchos otros sectores de profesionistas, pasaron a ser uno de los grupos destacados entre las clases medias dependientes del Estado y como tales a participar más o menos plenamente de la ideología que orientaba las alianzas de clases típicas de ese período.

En particular, el papel del Estado era fundamental en la organización de la carrera médica individual, la cual comenzaba generalmente por la formación en una universidad estatal, que conducía a hospitales del Estado donde se disponía más fácilmente de tecnología más avanzada, para lo cual, en general, en el sector privado enfrentaba restricciones debidas tanto a la debilidad de la demanda, que volvía poco

rentable la inversión, como a los altos costos involucrados y al control de cambios, generalizado en los países de la región como parte casi obligada de las políticas proteccionistas de ese período.

Que el Estado sea el principal empleador del personal médico no implica que el sector privado carezca de él. La consulta privada siempre fue un complemento de las ocupaciones de los médicos, que podían en algunos casos recurrir a las instalaciones hospitalarias estatales en las que trabajaban para tratar a sus pacientes que así lo requerían. Sin embargo, el predominio del sector estatal estaba reflejado en el hecho que pocos médicos ejercían su profesión en forma liberal exclusivamente.

A la luz de esta evolución, los cambios actuales son más sorprendentes en el campo ideológico que en los hechos. Quizás lo más impactante es que se haya revertido unas tendencias que parecían irreversibles en el desarrollo de los países latinoamericanos. Esto es lo que celebran los apologistas del proceso actual, en el caso de Chile por ejemplo. Sin embargo, el que la situación actual sea distinta de lo que parecía previsible hace veinte años, requiere no sólo de una explicación de los hechos sino también de los instrumentos intelectuales con que se efectuaban esas previsiones. Para quienes celebran triunfantes los últimos cambios ocurri-

dos, éstos significan el advenimiento de la libertad, representada por el predominio del mercado como modelo de relaciones entre los individuos, y la derrota del colectivismo y el estatismo como doctrina y como práctica. En el campo intelectual, especialmente en la economía, es notable la identificación que se hace de las ideas liberales con la "ciencia económica" moderna, condenando los "dogmas socializantes" (Bardón y cols., 1985, p. 3).

Coherente con esta ideología son los cambios introducidos en el sistema de salud y en el de seguridad social. En ambos casos se trata de una transformación en donde los principios de solidaridad son reemplazados por la inversión individual. No se trata de una privatización pura y simple, como sería la eliminación de los servicios estatales y dejar el mercado de médicos y pacientes abierto. Se trata del reemplazo de una forma de organización social por otra. Esta vez no es el Estado el organizador sino las compañías de seguro privadas. Las formas pueden variar mucho dependiendo de la situación de los países y la combinación de elementos públicos y privados preexistentes. En el caso de Chile, la experiencia más radical y más avanzada en esta dirección en América Latina (Iglesias y cols., 1991), estas reformas dieron lugar al surgimiento de instituciones especializadas en cada uno de estos campos, las Administrado-

ras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), en tanto México el nuevo Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) está, hasta ahora, siendo implementado por la banca privada. Sin embargo, a partir de 1997, al entrar en vigor una ley que está siendo tramitada en las cámaras, se adoptará un sistema más parecido al chileno, en cuanto a que estos fondos serán administrados por Administradoras de Fondos para el retiro (AFORES).

Los seguros de gastos médicos son, en México, una línea más de las compañías de seguros ya existentes. En Argentina, los seguros médicos deberán adaptarse a alguna forma de coexistencia con las obras sociales. En general, en América Latina se presencia un variado conjunto de procesos de transición en que lo único común es la aparición de las compañías privadas de seguros de gastos médicos. La discusión por lo tanto no es tan general y abstracta como lo privado *versus* lo público (o el mercado *versus* el estado). De lo que se trata es de una evolución que, partiendo de variadas situaciones de coexistencia entre los servicios públicos y privados de atención a la salud, producto de la particular evolución histórica de cada país en este campo, se avanza hacia una nueva situación en la que los servicios privados pasan a ser reorganizados a partir del dominio del mercado por las compañías de seguros. La aparición de

las compañías de seguro cambia radicalmente las condiciones del mercado, pero eso no justifica el que se erijan en las representantes exclusivas de las ventajas de una economía de mercado y menos aún en las custodias de las libertades de los usuarios y de todas las virtudes que imputan al capitalismo en la ideología liberal. Sin embargo, la situación aparece así, (y en esto la discusión de las reformas del sistema de salud de los EUA que rodeó el intento de reforma de Clinton resultó más ilustrativa para los países latinoamericanos en el terreno ideológico que en el de la práctica de las políticas de salud). Si una de las principales restricciones que encontraba para su desarrollo un mercado de atención a la salud privado en los países latinoamericanos era la demanda, restringida a su vez por los altos costos de la medicina y por la distribución del ingreso de estos países, los seguros médicos tienen su mayor logro en la ampliación, proporcionalmente espectacular de esta demanda.

El ejemplo chileno es, de nuevo, ilustrativo:

Se trata de un negocio (los laboratorios clínicos) en franca expansión, cuya razón de ser reside en atender los pedidos y demandas de los más de veinte Institutos de Salud Previsional, conocidos como ISAPRES, que hoy atienden a 330,000 familias chilenas — que aportan en promedio 5,500 pesos mensuales—, con más de un millón de beneficiarios. Las

ISAPRES, administran cotizaciones por un valor de 120 millones de dólares al año. Aunque en los inicios del sistema, la mayoría de los afiliados pertenecía a estratos de ingresos altos, la salud privada se ha masificado: hace cuatro años, el sueldo promedio de los afiliados al sistema era de 140,000 pesos mensuales, en tanto que ahora ha disminuido a 67,000 (Lavín, *op. cit.*, 1987, p. 134).

El problema concreto de investigación entonces será las múltiples formas de aparición y adaptación de los seguros privados de salud en los distintos países de América Latina. Ellos son los que determinarán el desarrollo de los demás elementos que componen la complejidad de un sistema nacional de atención a la salud considerado globalmente. Algunos de estos elementos preexistentes a los cambios actuales se verán fortalecidos, por ejemplo, es previsible un aumento de la participación del sector privado en el número de camas de hospital en los casos de mayor desarrollo de los seguros. Sin embargo, al mismo tiempo, este proceso estratifica los servicios, de modo que el crecimiento, en el conjunto, no parece muy significativo. De hecho, la tendencia para toda América Latina y el Caribe es la disminución del número de camas por cada mil habitantes (CEPAL, 1992). En el caso de Chile, el sector privado participa con 0.5 camas por mil habitantes, de un total casi invariable en la última década

de 3.3 camas. (CEPAL y Ministerio de Salud de Chile). Lo que hace el sector privado es especializarse en cierto tipo de atención médica que resulta más rentable, incorporando tecnología más sofisticada o encareciendo innecesariamente la hotelería hospitalaria. (*Qué pasa*, 1993).

No se trata entonces de que el sector privado quiera hacerse cargo de la atención de toda la población. Eso es posible en ciertos sistemas, pero requieren de una participación importante del sector público que, por fuerza, es el que financia el conjunto de prestaciones, un ejemplo es el sistema de Canadá. El argumento es a favor de un sector privado limitado, dentro del cual se garanticen las condiciones de rentabilidad. La rentabilidad de los sistemas de seguros está determinada por los niveles de riesgo y, por lo tanto, el sistema se sustenta en la determinación de las exclusiones en el acceso al seguro médico privado. La población excluida queda en manos de los servicios sociales o estatales de salud, preexistentes en la mayoría de los casos.

El ejemplo de los EUA es importante a este respecto porque es difícil que el sistema de seguros médicos de algún país latinoamericano lo vaya a sobrepasar en desarrollo. En este caso, que podemos considerar paradigmático, uno de los puntos centrales de la discusión actual es el alto número de perso-

nas excluidas, cifra en disputa, que el gobierno estima en 36 millones de personas y que comentaristas conservadores extremistas ubican en tan sólo seis, más o menos, y a la que le restan importancia puesto que, en su visión, los excluidos deben asumir su responsabilidad individual por su propia exclusión (por ejemplo, los desempleados). Hay que recordar que en Chile, el éxito del sistema, según el comentarista que citamos antes, es haber llegado a cubrir a un millón de individuos dentro de una población de más de trece millones y que hoy, y en el conjunto de la población, la satisfacción de los usuarios no es la que describe el apologista citado puesto que, de una lista de 25 servicios públicos presentada en una encuesta en 1993, los menos apreciados eran "las Isapres y el Fonasa", (el fondo estatal). (Foxley, 1993).

El problema que surge entonces es que, al igual que en otros períodos, el sector privado es insuficiente para hacerse cargo, en términos rentables, de la atención a la salud del conjunto de la población, pero sí aspira a que la consideración de sus intereses sea el criterio dominante en la definición de las alternativas de participación del sector público en este campo. Es más, la constitución de la clientela original de las compañías de seguros de gastos médicos al implantarse en los países de América Latina ha requerido de una activa política, explí-

cita o implícita, por parte de los gobiernos que conduzca a la acumulación necesaria para echar a andar el negocio. Estas políticas están constituidas por medidas regulatorias del nuevo campo de seguros, que legitimen las exclusiones necesarias que no son efectos directos de la distribución del ingreso (como es la exclusión de la cobertura de las condiciones preexistentes o la de los ancianos).

Por otra parte, la extensión de la clientela de estos seguros en la sociedad avanza en la dirección de las clases medias, o incluso algunos sectores de obreros, entre los cuales una proporción importante son dependientes del Estado, ya sea porque este último es su empleador o porque, hasta ahora, era el administrador de sus sistemas de seguridad social y de atención a la salud. El Estado no sólo rebaja su participación en el sector salud por omisión, rebajando el gasto social por ejemplo e induciendo así no sólo la no expansión de los servicios sino también su deterioro, sino que activamente promueve el nuevo sistema trasladando a las compañías de seguro privado la cobertura de algunos grupos de sus empleados o induciendo a grupos del sector privado a buscar esa alternativa, por ejemplo, en el caso de Argentina, la propuesta presente del gobierno para reducir la contribución patronal a las "Obras Sociales" de los sindicatos.

No se trata de examinar aquí el conjunto de medidas de política que pueden configurar el proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud con el carácter ideológico de la discusión desde la definición misma del problema, hablando de privatización en general, cuando la aparición o el desarrollo de los seguros privados es lo que define el conjunto del proceso, subordinando a los otros aspectos del sector privado como son los hospitales, los laboratorios clínicos y el conjunto de la práctica de la profesión médica. Así, entonces, no se trata de la liberación del "mercado" de atención a la salud, puesto que por sí misma la demanda de los individuos no es suficiente para justificar la inversión requerida por la medicina moderna. Esta deficiencia de la demanda que había sido subsidiada por el Estado, entre otras funciones que cumplían los servicios estatales de salud dentro del modelo desarrollista, es solucionada ahora por la organización que el capital financiero es capaz de darle a través de los seguros. Desde este punto de vista los seguros son bienvenidos por la profesión médica y por los otros capitales involucrados en la producción directa de los distintos servicios médicos (hospitales, laboratorios y todos los conexos).

Por el otro lado, el del Estado, también el proceso presentado ideológicamente, en las visiones dominantes de

los procesos en curso actualmente en América Latina, como el retiro del Estado para dejar en libertad al mercado. Esto deforma la imagen de lo que ocurre porque, el Estado no se retira, en el sentido de ausentarse del campo de los servicios de salud, ya que debe asumir un papel muy activo en la creación de las condiciones de rentabilidad de los seguros, por una parte; mientras, por otra debe seguir a cargo de la atención de los sectores excluidos de los seguros por varias razones. Esto plantea una doble tarea a los servicios estatales de salud, o a la forma de participación del Estado en este sector que se organice para reemplazarlos. Primero, hacerse cargo de los sectores excluidos por razones de riesgo para la rentabilidad de los seguros, los viejos y algunos enfermos crónicos, y, en segundo lugar, proporcionar alguna atención a la salud de los pobres.

Para los países de América Latina esto es muy importante ya que el modelo de crecimiento económico adoptado por la mayoría de los países de la región después de la crisis de la deuda externa en los años ochenta (y algunos incluso antes), genera pobreza. Los estudios acerca de cómo definir y cómo medir la pobreza se multiplican al mismo ritmo que su objeto de estudio, por lo menos. Sin embargo, el campo de la salud es un ámbito donde los pobres se convierten en amenaza para la población en su

conjunto, dada la difusión de infecciones asociadas con las condiciones de vida de ellos (Donoso, 1993). El cólera en América Latina y la tuberculosis en los EUA, son muestras de que, por un lado, la pobreza apesta, mientras por el otro el papel del Estado puede llegar a no ser sólo asistencial sino que, por el bien de la salud pública puede, incluso, movilizar el aparato represivo.<sup>2</sup>

De modo que, si el sentido común acepta ya que la privatización total no es posible y que, por lo tanto, el futuro de los sistemas nacionales de salud se ubica en alguna combinación de lo público y lo privado, la determinación de esas combinaciones concretas no puede ser atacada con los instrumentos del puro sentido común, ni tampoco abordado como un problema de descripciones históricas que, por acumulación de estudios de casos harán avanzar nuestro conocimiento.

El otro frente privatizador abierto en Chile por la dictadura militar fue la seguridad social. En lo fundamental, se pasó de un sistema de reparto, sustentado en principios de solidaridad, a uno de capitalización de fondos basado en el ahorro individual en el que:

...el monto de los beneficios depende del propio esfuerzo, ya que los beneficios son proporcionales a los aportes, y los cotizantes disponen de libertad para elegir la empresa a la que confían la administración de tales aportes (Iglesias y Acuña, 1991, p. 10).

Para este fin se diseñó un tipo especializado de institución, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Al entrar en vigor el nuevo sistema, en 1981, se ofrecieron incentivos a los trabajadores para trasladarse del sistema preexistente al establecido por la reforma previsional. En el primer año y medio de funcionamiento el nuevo sistema alcanzó una afiliación al sistema reformado para todos los asalariados que inician labores por primera vez, esta proporción comenzó a crecer hasta alcanzar el 80 por ciento en 1990 (Iglesias y Acuña, *op. cit.* p. 76).

La estructura del sistema ha mostrado una fuerte tendencia a la concentración: el número de AFPs casi no ha cambiado desde los comienzos. En 1981 eran doce, descendiendo a once en 1985 debido a la fusión de dos de ellas, y subiendo a catorce a fines de 1990 por la fundación de tres nuevas (en 1986, 1988 y 1990), de las cuales, sin embargo, una se encontraba en disolución para esas fechas (Iglesias y Acuña, *op. cit.* p. 86). La concentración es más fuerte en lo que respecta la distribución de afiliados entre las AFPs: a fines de 1990, dos tercios de los afiliados se concentraban en las tres mayores AFPs y poco más del 83 por ciento en las cinco mayores.

Esta privatización de la seguridad social muestra que más que un retiro del estado el cambio en la base de los

principios de organización de este sistema representa una nueva forma de relación del Estado con el sector financiero. Aparte del traslado de recursos del Estado con que se inaugura el nuevo sistema, al comienzo se concretan fuertemente las inversiones de las AFPs en instrumentos emitidos por instituciones financieras, llegando éstos a representar alrededor del 75 por ciento de la inversión total.

Luego, y a medida que el Banco Central comienza a emitir títulos de deuda para financiar los programas de ayuda a las instituciones financieras puestos en marcha para encarar el colapso del sector, aumenta el porcentaje de inversión en títulos estatales y cae aquélla en instrumentos bancarios (Iglesias y Acuña, *op. cit.* p. 98).

La acumulación de recursos representada por este sistema ha llegado a ser muy significativa para el ahorro interno de la economía chilena y ha atraído a accionistas extranjeros que participan en las dos AFPs más grandes, siendo mayoritarios en una de ellas. En el segundo semestre de 1993, las inversiones en el exterior de un grupo de poder económico chileno, estaban constituidas por porcentajes de participación en copias del modelo de previsión chileno en Perú y Colombia.

Como parte de la política general de ajuste y su secuela de aumento de la

pobreza y el empleo informal, estos cambios contribuyen a la segmentación y segregación de partes de la población. Así como los seguros médicos dejan a cargo del Estado la atención de la salud de los pobres y los ancianos, el sistema de seguridad social privado capta sólo a un poco más del 3 por ciento de los trabajadores independientes, que en el caso de Chile se estimaban en poco más del 25 por ciento de la fuerza de trabajo, pero de los cuales la mayoría se cuenta entre los sectores más pobres de la población (Iglesias y Acuña, *op. cit.* pp. 76-77).

Un último elemento de la supuesta retirada del Estado es la disminución de su participación en el empleo. Aparte de los empleados de las empresas privatizadas, la administración pública ha reducido su tamaño en muchos casos en los países de la región. Una parte de los burócratas liquidados ha engrosado las filas de la informalidad y el desempleo, pero un sector de mayor calificación, antes empleados en labores de investigación aplicada dentro de la administración pública, ha generado un sector "independiente" que bajo diferentes formas (ONGs, empresas de consultoría, mercadeo, publicidad, etcétera) siguen dependiendo de contratos del sector público, constituyendo una verdadera clientela de funcionarios y políticos. Estos conjuntos configuran, al igual que los otros sectores objeto de privatización considerados más arriba

(empresas públicas, servicios de salud y seguridad social) estructuras fuertemente oligopólicas, cuando no muy cercanas a monopolios sectoriales, lo cual resulta paradójal cuando todos estos cambios se justifican en términos de libertad, entendida como el aumento de opciones representado por el mercado.

### **3. Los obstáculos ideológicos que enfrenta el análisis**

A más de una década de práctica generalizada en América Latina de alguna forma de estos procesos de privatización, el liberalismo extremo en su antiestatismo se ve relativamente morigerado por un cierto realismo, en parte producido por la evidencia de las paradojas descritas aquí. Se acepta, al menos, que el Estado no está en vías de extinción. Sin embargo, la oposición estado-mercado, sigue siendo una clave de interpretación de estos procesos. Más aún, el gran triunfo ideológico del liberalismo es haber asociado en las mentes de los analistas políticos las nociones de libertad y mercado por oposición a estatismo. Al ser liquidado el socialismo real como forma extrema de estatismo, un mundo capitalista enfrenta un futuro democrático, a partir de la extensión de las relaciones de mercado al campo de la política.

En las discusiones acerca de los procesos de democratización de la década

de los ochenta terminó por hacerse dominante la visión "shumpeteriana" de la democracia, considerada sólo como un método realista de selección de un gobierno.

El método democrático es aquel arreglo institucional para llegar a decisiones políticas en las cuales los individuos adquieren el poder de decidir por medio de una lucha competitiva por los votos del pueblo (Shumpeter, 1970, p. 269).

La idealización del mercado como modelo general de organización de la sociedad y como modelo de análisis para todas las disciplinas de las ciencias sociales tiene efectos teóricos y metodológicos importantes. Sin embargo, el efecto ideológico es quizá más importante puesto que, una vez aceptado el mercado como modelo, la existencia de fenómenos como los descritos aquí quedan reducidos a objeciones morales a ciertas deformaciones o perversiones de un modelo que, sin embargo, conserva su valor normativo. La crítica debe comenzar por la búsqueda de una alternativa conceptual que proporcione un punto de partida diferente, que no se base sólo en los juicios morales acerca del funcionamiento del nuevo modelo de desarrollo. Esto no significa renunciar a la fuerza político ideológica que los juicios morales tienen, como base de la búsqueda de alternativas de acción. Sin embargo, esa misma búsqueda de

alternativas requiere de construcciones conceptuales más precisas y objetivas.

Las ideas dominantes hoy identifican al capitalismo con la economía de mercado, tal como lo hacían los liberales del siglo pasado. La extensión del concepto mercado a la política es una contribución del siglo veinte. La separación entre mercado y Estado está en la base de toda ideología creada por el capitalismo en su ascenso histórico, incluyendo la constitución de las disciplinas que se agrupan en las ciencias sociales. Es así como todas las conceptualizaciones del capitalismo dan cuenta de la separación e independencia relativa de la actividad económica con respecto a las interferencias del poder político como una condición histórica del surgimiento de este sistema. Éste sería el fundamento de la coincidencia de capitalismo y democracia. Estas identidades conceptuales son la base de todo el edificio justificatorio de la situación actual de América Latina y, frente a él, toda crítica es desechada por contener juicios morales no pertinentes, referidos a hechos coyunturales en los que se pueden observar desviaciones, corrupciones o perversiones del modelo que obedecen a deficiencias técnicas en su aplicación o a desviaciones de la conducta de empresarios o funcionarios que, en todo caso no afectan la naturaleza del modelo, a su estructura ni a los resultados que de él se esperan

a largo plazo. Ésta es una caracterización de la situación ideológica en el campo de las ciencias sociales que permite entender algunos extraños consensos, como el que supone una disminución del papel del Estado en la economía demostrable a través de los procesos de privatización a los que hemos hecho referencia.

Una base posible para la conceptualización que evite el autodescalificarse por moralista y no pertinente, se encuentra en el concepto de capitalismo como sistema histórico propuesto por Fernand Braudel (1984, 1986 y 1994) y enfatizado en el análisis sociológico por Immanuel Wallerstein. El punto central de esta propuesta conceptual es la diferencia que estableció Braudel entre "mercado" y "capitalismo". Si bien el mercado existe en la realidad como un hecho histórico, no son sus características las que identifican al capitalismo. Por el contrario, en la historia, el capitalismo aparece asociado a lo opuesto del mercado, al monopolio, el cual involucra, según Wallerstein, inmediatamente una asociación entre economía y política que aparecería como contradictoria con los rasgos que se imputan al capitalismo a partir de su identificación de mercado. La significación del concepto propuesto por Braudel es puesta de manifiesto por Wallerstein:

Adam Smith y Karl Marx compartían algunas de estas opiniones. Uno de sus

puntos de vista más fundamentales fue considerar normal la competencia capitalista — normal desde el punto de vista ideológico y normal desde el punto de vista estadístico— y considerar excepcional el monopolio, contra el que había que luchar (...) Pero desde el punto de vista estadístico, no es cierto en absoluto que el monopolio sea poco frecuente. Todo lo contrario. Las pruebas son numerosísimas (basta leer Braudel): no sólo los monopolios siempre han existido en el capitalismo sino que siempre han desempeñado un papel primordial. Además, siempre eran los más poderosos y los que más capital acumulaban quienes controlaban dichos monopolios. Hasta tal punto que toda su aptitud para amasar seriamente capital dependía de su capacidad para erigir tales monopolios (Wallerstein en Braudel, 1994, pp. 107-108).

Una segunda característica de esta conceptualización del capitalismo como monopolio, menos braudeliiana quizás pero que Wallerstein defiende a partir de los escritos de Braudel, es que "todo monopolio es político". Puede ser que no se trate del propio estado del capitalista en el sistema mundial, pero todo monopolio está respaldado en la acción de algún Estado.

Esto permite revisar lo que ha ocurrido a los países de América Latina bajo una luz algo diferente. La supuesta retirada del Estado para dejar campo al mercado aparece más como la interven-

ción del Estado para crear las condiciones para el surgimiento de una serie de monopolios a través de los cuales el capital financiero ha penetrado a campos en los que antes no intervenía, por razones que un estudio histórico tendría que poner en claro, pero que muy probablemente tienen que ver con la poca rentabilidad que ofrecían antes o con el desarrollo de nuevos instrumentos del mismo capital financiero.

No sólo se presta la garantía de los estados latinoamericanos a esta nueva estructura monopólica, sino que el Estado ha hecho una contribución nada desdeñable a la capitalización inicial de estos nuevos monopolios a través de traslados, legítimos o no, de fondos públicos a bolsillos privados a través de subsidios, transferencias, contratos, concesiones, etcétera. Por lo demás, la experiencia chilena de 1982-1983 muestra que cada vez que el capital privado se vea en problemas, el Estado seguirá corriendo al rescate.

El punto de partida de una crítica de los procesos en curso en América Latina a los que se ha hecho referencia aquí no es la crítica al desempeño técnico, político o moral de los actores involucrados (todos muy necesarios en la confrontación político-ideológica), sino la crítica de una conceptualización de la sociedad actual que se base en la dicotomía Estado-mercado. Lo que una nueva conceptualización debe poner en claro



es cómo una particular relación entre economía y política constituyen la sociedad capitalista en la historia.

#### NOTAS

- 1 Aun cuando las consideraciones de tipo empírico se limitarán en este trabajo a los casos de Chile, Argentina y México, se habla de América Latina en general por la difusión del fenómeno ideológico que se examina, el carácter paradigmático que se le suele asignar a la experiencia chilena y la indudable importancia de los otros, dos de los tres países más grandes de América Latina.
- 2 Es el caso de la propuesta en Nueva York de arrestar a los tuberculosos que presenten la posibilidad de abandonar el tratamiento antes de su conclusión.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bardón, Álvaro; Carrasco Camilo y Vial, Álvaro. *Una década de cambios económicos. La experiencia chilena 1973-1983*. Santiago, Editorial Andrés Bello, 1985.
- Braudel, Fernand. *La dinámica del capitalismo*. México, FCE, 1986.
- Braudel, Fernand. *Una lección de historia*. Mondadori, Madrid, 1994.
- Braudel, Fernand. *Civilización material, economía y capitalismo, siglos XV-XVIII*. 3 vols. Madrid, Alianza Editorial, 1984.
- CEPAL. *La crisis de la empresa pública, las privatizaciones y la equidad social*. Santiago, 1994.
- CEPAL. *La cumbre social. Una visión desde América Latina y el Caribe*. Santiago, 1994.
- CEPAL. *América Latina y el Caribe: opciones para reducir el peso de la deuda*. Santiago, 1990.
- Donahue, John D. *La decisión de privatizar. Fines públicos, medios privados*. Buenos Aires, Paidós, 1991.
- Dornbush, Rudiger and Edwards, Sebastian. "The Macroeconomics of Populism in Latin America". *Working Papers, The World Bank*, Washington, December 1989.
- Eckholm, Erick. "Introduction", *The President Health Security Plan*. The White House Domestic Policy Council, Nueva York, *Times Books*, 1993.
- Fontaine Aldunate, Arturo. *Los economistas y el presidente Pinochet. (La historia no contada de...)*. Santiago, Chile, Zig-Zag, 1988.
- Foxley, Alejandro. Discurso del 2 de septiembre de 1993, en la inauguración de la "Sala Fernando Fajnzylber", en el edificio de CEPAL, en Santiago. *Revista de la CEPAL*, núm. 51, Santiago, diciembre 1993.
- Frank, André Gunder. *Economic Genocide in Chile. Monetarist Theory Versus Humanity*. Nottingham, Inglaterra, Spokesman Books, 1976.
- Iglesias, Augusto P., y Rodrigo Acuña, R. *Sistema de pensiones en América Latina. Chile: experiencia con un régimen de capitalización 1981-1991*. Santiago, S.R.V. Impresos, 1991.
- Lavín, Joaquín. *Chile. Revolución silenciosa*. Santiago, Zig-Zag.
- Morales, Eduardo. *Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud, Chile 1964-1978*. Santiago, FLACSO, 1981.
- Prebisch, Raúl. "Monetarismo, aperturismo y crisis ideológica". *Revista de la CEPAL* núm. 17. Agosto, 1982.
- Qué pasa, Revista semanal*, 11 de septiembre de 1993, pp. 54-55.
- República de Chile, Ministerio de Salud: *Tarjeta de presentación. Situación y atención de la salud en Chile*, Santiago, 1992.
- Schumpeter, J.A. *Capitalism Socialism and Democracy*. Londres, Unwin University Books, 1970.
- Verbitsky, Horacio. *Robo para la corona. Los frutos prohibidos del árbol de la corrupción*. Buenos Aires, Planeta, 1991.
- Wallerstein, Immanuel. "Capitalism: The Enemy of the Market?". *Unthinking Social Science. Polity Press*, Gran Bretaña, Padstow, 1991.