

# Pensamiento económico y salud: la crítica de Braga y Paula a la visión neoclásica revisada

## Pensamento econômico e saúde: a crítica de Braga e Paula à visão neoclássica revisitada

### Economic thought and health: a revisited Braga and Paula's critique of the neoclassical approach reviewed

Leonardo CARNUTI<sup>i</sup>  , Áquilas MENDES<sup>ii</sup>  

<sup>i</sup>Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS, Programa de Pós-graduação de Ensino em Ciências da Saúde. São Paulo, SP, Brasil

<sup>ii</sup>Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública - FSP, Departamento de Política, Gestão e Saúde; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração, Contábeis e Atuariais; Departamento de Economia - PUC/SP. São Paulo, SP, Brasil

Recibido Junio 15, 2021

Aceptado Agosto 30, 2021

**Autor de correspondencia:** Leonardo Carnut [leonardo.carnut@unifesp.br](mailto:leonardo.carnut@unifesp.br)

---

#### Resumen

Este artículo analiza la trayectoria del pensamiento económico y el tema de la salud, a partir de la revisión de la contribución de Braga y Paula, buscando resaltar su crítica a la mirada neoclásica para repensar 'lo económico' en salud en el contexto contemporáneo. Se eligió el formato de ensayo como modalidad textual y se utilizó la perspectiva de análisis de la episteme del método, teniendo como intención un metaanálisis de la crítica elaborada por estos autores, actualizándolo. El artículo está estructurado en dos partes. El primero analiza la trayectoria histórica de la relación entre salud y pensamiento económico en la que Braga y Paula, en 1981, que describen en el primer capítulo de su libro "*Saúde e previdência: estudos de política social*" (Salud y seguridad social: estudios de política social). La segunda parte está dedicada a actualizar la crítica de los autores a los días de hoy, destacando sus aportes para reflexionar sobre el escenario

de salud en el capitalismo contemporáneo. Finalmente, se presentan breves consideraciones finales.

**Descriptor:** Economía Política; Pensamiento Económico; Salud Pública; Economía de la Salud; Política.

### **Resumo**

Este artigo analisa a trajetória do pensamento econômico e a questão da saúde, a partir da revisita à contribuição de Braga e Paula, buscando ressaltar sua crítica à visão neoclássica para repensar 'o econômico' na saúde no contexto contemporâneo. Optou-se pelo formato de ensaio como modalidade textual e utilizou-se a perspectiva de análise da episteme do método, tendo como intencionalidade uma meta-análise da crítica elaborada por esses autores, reatualizando-a. O artigo está estruturado em duas partes. A primeira analisa a trajetória histórica sobre a relação da saúde com o pensamento econômico, descrita por Braga e Paula, em 1981, no primeiro capítulo do seu livro "Saúde e previdência: estudos de política social". A segunda parte se dedica a atualizar a crítica dos autores aos dias atuais, ressaltando suas contribuições, para refletir sobre o cenário da saúde no capitalismo contemporâneo. Por fim, breves considerações finais são apresentadas.

**Descritores:** Economia Política; Pensamento Econômico; Saúde Coletiva; Economia da Saúde; Política.

### **Abstract**

This article analyzes the trajectory of economic thought and the health issue, based on a review of the contribution of Braga e Paula, seeking to reshape their criticism of the neoclassical vision to rethink 'the economics' in health at contemporary context. We opted for an essay format as a textual modality and the perspective of analysis of the method episteme was used, having as intentionality a meta-analysis of criticism elaborated by these authors, re-updating it. This paper is structured in two parts. The first analyzes the historical pathway about the relation of health and economic thought, described by Braga e Paula, in 1981, in the first chapter of their book named "*Saúde e previdência: estudos de política social*" (Health and Welfare: social policy studies). The second part is dedicated to updating the criticism of these authors, resuscitating their contributions, to reflect on health scenario in contemporary capitalism. Finally, brief final considerations are presented.

**Descriptors:** Political Economy; Economic Thought; Public Health; Health Economics; Politics.

---

### **Introducción**

En los últimos 33 años, con la implantación del Sistema Único de Saúde (SUS) en Brasil, la salud pasó a ser un derecho universal. Sin embargo, el mundo contemporáneo, atravesado por la hegemonía del pensamiento neoliberal, de matriz neoclásica, ya no soportaba la idea de los derechos sociales universales.

De hecho, desde 1980, Dardot y Laval<sup>1</sup> sostienen que el movimiento del capitalismo ha estado marcado por una nueva razón del mundo, acuñada por la racionalización y la modernización de la administración pública, que los autores denominan el **gran giro neoliberal**. Según ellos, no ha sido posible identificar la retirada del Estado de la economía, sino que, por el contrario, hemos asistido a una forma particular de su **presencia**, completamente asociada a la dinámica del capital.

Esta razón del mundo ha sido adoptada en la lógica de las políticas públicas en general y de la salud en particular. Se trata de reconocer que vivimos en una paradoja, en la medida en que la implantación del acceso universal a la salud ha tenido que coexistir con el crecimiento de una mentalidad basada en la defensa de los intereses mercantiles. Fue en la contradicción de estas ideas que se forjó el proceso de construcción del SUS.

En este sentido, reflexionar sobre el pensamiento económico y la cuestión de la salud ayuda a complementar mejor el lugar y el contenido que la visión neoclásica ha ocupado a lo largo de la historia del capitalismo en los siglos XX y XXI. Sobre este tema en Brasil, se destacan Braga y Paula,<sup>2</sup> que buscan desentrañar la naturaleza de una política social como la salud durante el desarrollo del capitalismo, que no sólo crece como problema colectivo, sino que también adquiere un lugar en el pensamiento económico y social.

Así, parte del trabajo de Braga y Paula<sup>a</sup> se dedica a cuestionar a los neoclásicos,<sup>2</sup> a partir de la comprensión que los autores tienen de la **asistencia sanitaria**<sup>b</sup>, prácticamente restringida a las cuestiones microeconómicas de la industria asistencial y cuyo énfasis se centra en sus aspectos administrativos. Resucitar esta crítica y actualizar su contribución a los tiempos actuales parece fundamental para comprender y enfrentar el predominio de la perspectiva neoclásica frente a las transformaciones contemporáneas de la producción asistencial.

Vale la pena recordar que Braga y Paula escriben en un momento importante de crisis en el sector de la salud en Brasil (Salud Pública y Medicina Asistencial), lo que sin duda es una motivación importante para el trabajo. La crisis es identificada fundamentalmente a partir de dos aspectos: (i) los efectos del desarrollo económico nacional sobre la salud de la población, ampliamente demostrados por las terribles condiciones epidemiológicas; y que (ii) el funcionamiento del sector productivo estructurado hasta ese momento estaba drenando cada vez más recursos financieros y apuntando a una grave crisis del sistema de seguridad social. En otras palabras, se estaba gastando demasiado sin ningún resultado para la sociedad. Esta aparente "disfuncionalidad" del arreglo productivo en el sector de la salud concuerda con todas las críticas a los neoclásicos elaborada por ellos en el primer capítulo.

Se basa en el supuesto de que revisar el pensamiento es una actividad esencial para comprender las lógicas por las que se forja un objeto desde el punto de vista de la construcción del conocimiento. Así, revisitando el pensamiento que conforma un campo, es posible comprender qué intereses, procesos, supuestos e intenciones están en disputa. Además, discutir estos antecedentes nos estimula a pensar críticamente sobre el propio objeto y la retórica que lo hegemoniza, ayudando a identificar si está en sintonía o desentona con el contexto sociohistórico en el que la discusión está inmersa, y también con qué proyectos políticos se alinea.

Por lo tanto, es pertinente afirmar que el formato de ensayo fue elegido como modalidad textual en un intento de no ser metodológicamente rígido,<sup>3,4</sup> al punto de permitir la libertad necesaria en

la libre recuperación de los fragmentos y autores que reactualizan la crítica. Sin embargo, para mantener cierta coherencia analítica, utilizamos la perspectiva de análisis de la "episteme del método", frecuentemente utilizada en los estudios de las ciencias de la educación,<sup>5</sup> cuyo objetivo es identificar racionalidades de comprensión de un objeto que justifiquen determinadas formas de aprehensión. Evidentemente, este estudio asume la característica de un estudio meta-analítico<sup>6</sup> de la crítica elaborada por Braga y Paula, sin embargo, es prudente reiterar que nuestro objetivo es demostrar la coherencia y pertinencia de la crítica de estos autores en el contexto socio-histórico brasileño actual.

Nuestro objetivo con este ensayo es, por lo tanto, analizar la trayectoria del pensamiento económico y la cuestión de la salud, a partir de la contribución de Braga y Paula, buscando destacar su crítica a la visión neoclásica para repensar **el económico** en la salud en el contexto contemporáneo. El artículo se estructura en dos partes. En la primera se analiza la trayectoria histórica de la relación entre salud y pensamiento económico, que Braga y Paula<sup>2</sup> describen en el primer capítulo de su libro "Saúde e previdência: estudos de política social"<sup>c</sup>. La segunda parte se dedica a actualizar la crítica de los autores a la actualidad, destacando sus contribuciones a la reflexión sobre el escenario de la salud en el capitalismo contemporáneo. Por último, se presentan unas breves observaciones finales.

### **La trayectoria del pensamiento económico y la salud: las contribuciones de Braga y Paula**

A menudo, a lo largo del pensamiento económico y de la trayectoria histórica de la acumulación de capital – desde los mercantilistas (siglo XVI), pasando por la economía política clásica (incluida su crítica con Marx) hasta la teoría neoclásica –, la cuestión de la salud no se aborda directamente, pero puede reinterpretarse a la luz de los argumentos esgrimidos por estos pensamientos económicos. En otras ocasiones, la salud se ha situado en el centro del pensamiento económico, por ejemplo cuando se utilizó la teoría del subdesarrollo latinoamericano, elaborada por la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) en los años 1950.

Incluso con respecto a estas diferencias y aproximaciones entre el pensamiento sanitario y el económico, Braga y Paula<sup>2</sup> describen que gran parte del pensamiento económico:

ya contenía nociones y conceptos que permitían comprender con cierta precisión cómo las relaciones sociales de producción condicionaban no sólo el estado de salud de la población, sino también la atención sanitaria promovida por el Estado.<sup>2(1)</sup>

Los autores, a su vez, sostienen que el surgimiento de la cuestión de la salud como objeto específico, no sólo de la ciencia económica, sino también de la política económica<sup>d</sup>, se debe al avance del capitalismo y sus conflictos. Especialmente cuando se analiza la diferencia entre estructuras capitalistas desarrolladas y subdesarrolladas. En palabras de los autores:

la asistencia sanitaria se presentaba como un elemento transformador, capaz de sacar a naciones "devastadas" de su estancada pobreza. Por supuesto, esta formulación fue seguida de críticas.<sup>2(2)</sup>

Por eso, desandar este camino sobre la cuestión de la salud en la trayectoria del pensamiento económico descrito por Braga y Paula<sup>2</sup> es fundamental para comprender la historicidad del debate.

## La salud en el mercantilismo

El mercantilismo es el pensamiento económico que prevaleció a mediados de los siglos XVI y XVII en Europa, especialmente en Inglaterra, el cual Marx<sup>7</sup> nombra de período de la llamada acumulación primitiva de capital. Braga y Paula,<sup>2</sup> sobre este período, señalan que la acumulación previa de capital comercial fue esencial para la formación del capital industrial.

Para ser claros, los autores llaman la atención sobre el hecho de que, desde el punto de vista político, el mercantilismo ha sido descrito a menudo como una política de poder y una concepción de la sociedad. Se trataba de una política económica basada en los pilares del proteccionismo, la balanza comercial favorable, el metalismo y el colonialismo. Así, el Estado absolutista desempeñó un papel muy importante en la acumulación primitiva.

El bienestar de la sociedad se consideraba idéntico al bienestar del Estado. La "Raison D'État" debía ser el eje de su política social. Como en cualquier Leviatán moderno, la pregunta pertinente ya era: ¿qué camino debe seguir el gobierno para aumentar el poder y la riqueza nacionales? Y las respuestas: en primer lugar, tratar de disponer de una gran población; en segundo lugar, proveer a esa población en un sentido material; y en tercer lugar, ponerla bajo el control del gobierno, para que pueda ser utilizada de acuerdo con los requisitos de la política pública.<sup>2(2)</sup>

Los autores subrayan la diferencia entre los mercantilistas y los economistas clásicos,<sup>8,9</sup> concentrándose estos últimos en la discusión de la formación y distribución del valor mediante la construcción de una teoría de la producción y una teoría de la distribución de la renta. Por supuesto, estos temas están ligados a su tiempo histórico: la época del Capitalismo Industrial. En cuanto a los mercantilistas, como eran efectivamente **políticos**, "buscaban interferir en la actividad del Estado, sugiriendo medidas que contribuyeran a aumentar la Riqueza de la Nación".<sup>2(4)</sup>

Basándose en la revelación de Foucault, los autores señalan que "el saber médico anterior al nacimiento de la clínica consideraba la cuestión de la salud no sólo como un problema del propio cuerpo, sino como una **consecuencia de la interacción entre el cuerpo y el mundo que lo rodea**".<sup>2(4)</sup> énfasis añadido

Llegados a este punto, los autores sostienen que dos visiones marcaron la prehistoria de las ciencias: la interacción hombre-entorno y la injerencia del Estado en la atención sanitaria. Entre los pensadores mercantilistas, se destaca la figura de William Petty<sup>10</sup> – médico, economista y filósofo que vivió entre 1623 y 1687 –, con preocupaciones sobre: impuestos, comercio, población, educación, peste, etc.

Para él, las cuestiones sanitarias estaban básicamente relacionadas con la fertilidad natural y la población. Estas eran las condiciones básicas para la prosperidad nacional. "Era deber del Estado estimular el progreso de la medicina".<sup>2(4)</sup> En realidad, para él, la vida humana debía reducirse a la capacidad de trabajo. Los economistas neoclásicos retomarían más tarde esta idea. Conciben "al ser humano sólo como capacidad de trabajo: en la teoría del capital humano, el hombre queda reducido a un mero elemento de producción".<sup>2(5)</sup>

Seguidor de Hobbes, Petty defendía la fuerte presencia del Estado en el tratamiento de las cuestiones de riqueza nacional. Los autores afirman que él:

aceptaba la tesis de que el gobierno estaba justificado para desarrollar medidas políticas o institucionales mediante las cuales aumentar el poder y la riqueza nacionales, al tiempo que reconocía que correspondía a la política pública aspirar a mejorar el nivel de vida de la población, que debía ser lo más numerosa posible, pero estar compuesta por personas sanas y felices.<sup>2(5)</sup>

En este contexto, Petty se dedicó al estudio de la Aritmética Política, es decir, calculó el tamaño de la población para tratar de determinar "el estado de las poblaciones, interesándose por los diversos elementos (incluidas las enfermedades) que podían hacer aumentar o disminuir el número de personas".<sup>2(6)</sup>

Los autores sostienen que las ideas de los mercantilistas no lograron resultados efectivos en la medida en que no existía un mecanismo administrativo a escala local y regional que funcionara bajo control central. La administración en Inglaterra sólo alcanzó un amplio nivel nacional tras la Ley de Pobres (1834). En realidad, esto sólo fue posible a mediados del siglo XIX con la industrialización y la urbanización. Sólo durante este periodo la sanidad se convirtió en una preocupación nacional.

Los autores señalan que sólo en los Estados alemanes tales proposiciones teóricas se tradujeron en medidas políticas (la monarquía absolutista como aparato administrativo). De ahí que los autores llamen la atención sobre el concepto de **policía médica** en relación con los problemas de salud y enfermedad.<sup>2</sup> Los escritores alemanes ya llamaron la atención sobre el término policía (administración del Estado), y Braga y Paula<sup>2</sup> comentan que el mercantilista alemán que se ocupa de ello es Veit Ludwig von Seckendoff (1626-1692). Para él, el Estado debe preocuparse por salvaguardar la salud de la población para aumentar su número. Así, un programa gubernamental debería considerar: el mantenimiento y la supervisión de las comadronas, el cuidado de los huérfanos, el nombramiento de médicos y cirujanos, la protección contra la peste, el uso excesivo de tabaco y bebidas alcohólicas, la inspección de los alimentos y el agua, medidas para limpiar y drenar las calles, el mantenimiento de los hospitales y la asistencia a los pobres.

Braga y Paula<sup>2</sup> resumen las aportaciones y limitaciones del mercantilismo en tres: (i) la salud es una cuestión socioeconómica, que va más allá de los límites de la práctica médica; (ii) la salud debe ser vista como un problema de la administración pública (negocio de la política económica); y (iii) la intervención está limitada por el conocimiento incipiente de la práctica médica y el bajo nivel de organización administrativa del Estado.

En rigor, el pensamiento de los mercantilistas reconocía la integración de los campos de las ciencias de la salud y las ciencias sociales – la organización administrativa permitía al Estado actuar.

### **La formación del capitalismo y la salud de las poblaciones**

Braga y Paula afirman que fue con la instauración del capitalismo cuando surgieron lo que Mário Magalhães da Silveira considera las condiciones esenciales para mejorar la salud de las personas:

Ya en 1948, en un trabajo crítico con el Plan SALTE, afirmaba: "**En la historia de la civilización, la salud de las poblaciones sólo mejora cuando, en el proceso de producción, es posible sustituir la energía humana por energía derivada de combustibles minerales**". Esta feliz formulación llama la atención no tanto sobre la cuestión del desgaste físico de los trabajadores, sino sobre el hecho de que la utilización de máquinas alimentadas por carbón y, más tarde, por petróleo, se tradujo en una mayor capacidad productiva, en una mayor producción y, por tanto, en un mayor consumo social. Y es precisamente este mayor consumo, y no una mejor atención sanitaria, lo que hace posible una vida más larga y saludable.<sup>2(7,8;</sup>  
el subrayado es nuestro)

Esto refuerza el avance de las fuerzas productivas: mejora la salud o mejora de las condiciones materiales de vida y, por lo tanto, mejora de la salud.

Así, se puede ver la contradicción de la idea - "Y es precisamente este mayor consumo, y no una mejor asistencia sanitaria, lo que hace posible una vida más larga y saludable".<sup>2(8)</sup> Discutiendo críticamente esta idea del aumento del producto social como condición necesaria, pero no suficiente, para el aumento del consumo, los autores se preguntan: ¿cómo se comportó el nivel de vida en los primeros años de la Revolución Industrial?

En este punto, los autores discuten 4 factores básicos detrás de las tasas de mortalidad relativamente altas de la época: (i) bajos salarios - estado nutricional; (ii) malas condiciones de trabajo; (iii) condiciones de vivienda, higiene y saneamiento; (iv) conocimientos médicos de la época – ignorancia médica.

Estos factores empezaron a amenazar el propio proceso de acumulación de capital. Sin embargo, la burguesía industrial tenía otra preocupación, quizás más importante:

el capital estaba hambriento de brazos, y estos brazos estaban ligados a troncos y piernas; sólo que estas piernas no podían moverse donde quisieran si estaban desempleadas.<sup>2(9)</sup>

Ahí radica la contradicción entre el sistema de asistencia a los pobres y la oferta elástica<sup>e</sup> de fuerza de trabajo. No es una cuestión de asistencia social, sino de que la fuerza de trabajo fuera regida por sus propios intereses económicos.

Los autores hablan de la importancia de la Nueva Ley de Pobres (1834): "La economía de mercado afirmaba y exigía que la fuerza de trabajo se transformara en una mercancía".<sup>2(10)</sup> De ahí que los autores se inspiren en Foucault<sup>11</sup> cuando calificó la asistencia sanitaria de medicina de la fuerza de trabajo. Según Braga y Paula, "no es casualidad que este nuevo concepto médico, esta práctica de salud pública, haya nacido de la preocupación por la fuerza de trabajo".<sup>2(9)</sup>

Los autores relacionan la propuesta de medicina social, en el contexto de la Revolución Francesa, con la idea de asistencia médica. Señalan que la atención médica ya no se considera una obra de caridad de los ricos o del Estado, sino un derecho de los ciudadanos. Con este espíritu, la medicina social se convierte en una práctica estatal.

Las soluciones propuestas fueron, como la propia época, revolucionarias. Se estableció el derecho de todos a recibir asistencia, incluida la médica, por parte del Estado. Se estableció una compleja sistematización de cómo se prestaría esta asistencia, cómo debían funcionar los hospitales, etc. Aunque los acontecimientos políticos posteriores hicieron que muchas de las propuestas no pasaran de la fase de ponencia, no hay que minimizar su importancia.<sup>2(10,11)</sup>

Surge la idea de la salud como control de los cuerpos. Los autores establecen diferencias entre los países europeos y sus formas de intervención.

A diferencia de la medicina urbana francesa y de la medicina estatal alemana del siglo XVIII, en el siglo XIX surgió -sobre todo en Inglaterra- una medicina que controlaba esencialmente la salud y el cuerpo de los pobres para hacerlos más aptos para el trabajo y menos peligrosos para los ricos.<sup>2(11)</sup>

También vale la pena comentar el papel de la medicina preventiva como necesidad del capital. Braga y Paula<sup>2</sup> recuerdan el resultado de la Ley de Pobres, el establecimiento de la idea y la práctica de la Salud Pública en las líneas que persisten hasta hoy: énfasis en la medicina preventiva con énfasis en la higiene y el saneamiento del medio ambiente, apoyo a las actividades comunitarias y consideración de los aspectos<sup>f</sup> socioeconómicos.

La medicina social inglesa permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dirigida a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales como la vacunación y las epidemias, y una medicina privada que beneficiaba a quienes podían permitírsela. Así, el tratamiento de la salud pública, en palabras de Edwin Chadwick<sup>12</sup> – el padre de la salud pública – debería incluir:

la creación de un sistema de estadísticas vitales, que esclareciera y orientara la acción con respecto a la reducción de los niveles de mortalidad y morbilidad; en segundo lugar, la idea de que, abandonando la política paternalista y preindustrial de asistencia a los pobres, el Estado debía asumir como su responsabilidad las medidas necesarias para mejorar las condiciones urbanas y proporcionar cierto tipo de atención médica, principalmente preventiva; y, por último (aunque partiendo de una concepción errónea de las causas de las enfermedades - Chadwick creía en la teoría de los miasmas, según la cual las emanaciones de la tierra y los desechos y la suciedad en general eran las causas de las enfermedades-), una campaña decidida contra la suciedad, los desechos y la falta de higiene que caracterizaban a los barrios pobres de la época, afirmando que "la salud pública era básicamente una cuestión de ingeniería" y que las tasas de mortalidad y morbilidad sólo disminuían con la mejora de las condiciones de saneamiento e higiene, postura que aún hoy se considera correcta.<sup>2(12)</sup>



Es en este marco general de la sanidad de la época, dicen los autores, donde cabe reflexionar sobre el pensamiento económico producido durante la instauración del capitalismo industrial: es el momento en que la Economía Política se constituye como campo de conocimiento específico. El énfasis de esta nueva ciencia está en la construcción de una teoría del valor-trabajo y de una teoría de la producción y de la distribución de la renta.

Los economistas clásicos, igual que Marx y Engels<sup>6</sup>, no consideraron la cuestión de la salud como objeto de la ciencia económica. Sin embargo, desarrollaron una serie de herramientas para reflexionar sobre la interacción entre las actividades económicas y la salud de las poblaciones. Por esta razón, la salud aparece principalmente en sus análisis sobre las poblaciones, la cuestión de la subsistencia mínima y el proceso de trabajo.

### **El pensamiento económico en la revolución industrial: sus aportaciones a la reflexión sobre la cuestión de la salud**

Durante la revolución industrial, la Economía Política alcanzó su apogeo. El pensamiento se centraba en la comprensión del conjunto social como un todo. Sus autores participaron activamente en la sociedad, opinando sobre cuestiones políticas y sugiriendo cambios jurídicos e institucionales. Desarrollaron importantes herramientas de reflexión económica sobre la salud, sin discutirla directamente. Los autores centraron sus análisis en la estructura productiva y asignativa del capitalismo, el proceso de producción.

Smith,<sup>8</sup> por ejemplo, se basó en lo que consideraba los temas principales: la división social del trabajo; la especialización del trabajo, el proceso de intercambio de bienes y servicios como proceso social en el que el trabajo se señala como la medida real del valor de esos bienes. Le siguieron Ricardo<sup>9</sup> y Marx<sup>7</sup> – el trabajo fabril, considerado como determinante del nivel de salud. Todos ellos discuten la teoría del valor-trabajo, con diferencias, lo que tiene implicaciones concretas para el análisis de la cuestión sanitaria.

Ricardo<sup>9</sup> también se ocupa de la teoría de la distribución de la renta, basada en el problema de la escasez. Braga y Paula<sup>2</sup> argumentan que:

aunque no hayan trabajado con el concepto en sí, los clásicos se preocuparon con los efectos de la salud y sus problemas. La cuestión de la salud [...] nunca sube a la superficie. No piensan en la mortalidad, ni en la calidad de vida, ni en los niveles de salud. Sólo se piensa en la subsistencia, es decir, simplemente en sobrevivir, siendo la vida un hecho que no se matiza.<sup>2(14)</sup>

Otro problema que se articula en las ideas de los clásicos con la cuestión de la salud, especialmente en Ricardo, es el problema del crecimiento demográfico – la relación entre el crecimiento de la población y la oferta de alimentos. De ahí la importancia del control de la natalidad. En cierto modo, la cuestión de la salud y la mortalidad es un elemento fundamental. Conviene, pues, comentar la preocupación de Ricardo,<sup>9 apud 2(15)</sup> que:

combinó la ley de población de Malthus con su propia presentación de los rendimientos decrecientes en la agricultura para explicar los salarios de subsistencia como una tendencia del sistema capitalista que analizaba.

Marx criticaría duramente a Ricardo y al propio Malthus<sup>13</sup> – economía vulgar para él –, como señalan Braga y Paula:

La población no está determinada por un límite absoluto en la productividad de los alimentos. Al contrario, son las condiciones específicas de producción las que fijan sus límites y determinan también el nivel de superpoblación.<sup>2(15)</sup>

Los autores citan también a Malthus,<sup>13</sup> para relacionar su pensamiento con la determinación social de la enfermedad, cuando criticaba la industrialización y la urbanización. Sin embargo, según los autores, Marx<sup>7</sup> es quien realmente desarrolló reflexiones directamente relacionadas con el problema de la salud, ya que se preocupó por el capitalismo como relación social entre capital y trabajo, en las condiciones del proceso de producción en su conjunto y en el proceso de trabajo (plusvalía relativa y plusvalía absoluta). Esto muestra cómo el proceso de producción está enraizado en la determinación social de la salud y la enfermedad. Según estos autores, esta idea se pone de manifiesto por dos razones:

la primera es que Marx y Engels adoptan una postura ideológica en defensa de la clase obrera; la segunda es que metodológicamente adoptan la postura de analizar la sociedad en su conjunto: aunque dan primacía a los aspectos económicos en la determinación de la estructura social, consideran que las cuestiones económicas, políticas e ideológicas están íntimamente entrelazadas.<sup>2(16)</sup>

Debemos continuar leyendo las ideas de Marx tal como las presentan Braga y Paula, llevándonos a su lectura.

Marx no parte de la distribución del producto social para determinar el nivel de salarios y subsistencia, como hace Ricardo. Invierte la dirección del razonamiento y parte de las relaciones de producción, que tendrán el efecto de determinar ese nivel de subsistencia. Esto variará históricamente. En las primeras etapas del desarrollo del capitalismo – de las que Marx fue testigo – y más tarde, en el marco de las economías capitalistas subdesarrolladas, la tendencia era reducir al máximo los niveles salariales y de subsistencia. En la medida que el capitalismo madura, sin embargo, dos fuerzas actúan para mejorar estos niveles: económicamente, la expansión y el abaratamiento de la producción de bienes de consumo provocados por el aumento de la productividad del trabajo requieren la creación de nuevos consumidores, obtenidos mediante la mejora de los niveles salariales. Al mismo tiempo, la organización progresiva de la clase obrera le permite luchar económica y políticamente por sus intereses, oponiéndose a los capitalistas.<sup>2(16,17)</sup>

En resumen, Braga y Paula sostienen que, "para Marx, la gran industria, impulsada por un proceso de trabajo destinado a aumentar el valor del capital, tiene efectos nocivos para la salud de los trabajadores".<sup>2(18)</sup> Esto está bien tratado en los capítulos del Libro I de "El Capital - La jornada de trabajo, la división del trabajo, la manufactura, la maquinaria y la gran industria". En estos

capítulos, Marx<sup>7</sup> cita estadísticas sobre los niveles de salud y mortalidad. En este caso, es posible aceptar el argumento de los autores cuando afirman que Marx<sup>7</sup> va más lejos que sus predecesores en relación al problema de la salud. En efecto, según los autores, Marx<sup>7</sup> hace hincapié en el vínculo entre la salud y el proceso de producción capitalista y no sólo entre la salud y el proceso industrial.

Sin embargo, hasta Marx,<sup>7</sup> el pensamiento económico no se ocupaba de la cuestión de la atención sanitaria, entre otras cosas porque no existían aparatos de atención sanitaria, con la excepción de la policía médica. No fue hasta finales del siglo XIX, con la creación y estructuración de esos sistemas de asistencia sanitaria, cuando se dio un impulso al pensamiento neoclásico.

## El pensamiento neoclásico

Fue con el pensamiento neoclásico y su principal interlocutor, Alfred Marshall,<sup>14</sup> cuando la cuestión de la asistencia sanitaria ganó protagonismo y se incorporó como una preocupación más elaborada. La preocupación central de los neoclásicos es la microeconomía: la cuestión de la **eficiencia** de la unidad de producción y la mejora de su **administración**. De ahí la noción del campo de la **economía de la salud**, como Braga y Paula<sup>2</sup> presentan en la definición de Selma Mushkin,<sup>15</sup> de la *John Hopkins University*, publicada en la revista *Public Health Report* en 1958, y ampliamente defendida en los tiempos actuales del neoliberalismo:

La economía de la salud es el campo de investigación cuyo objeto es el **uso óptimo** de los recursos para el cuidado de los enfermos y la promoción de la salud. Su tarea es evaluar la **eficiencia** de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de **mejorar su organización**.<sup>15(19,20; énfasis añadido)</sup>

Braga y Paula<sup>2</sup> critican esta visión con el siguiente comentario: "restringen la cuestión de la salud al análisis de la **industria de la salud**<sup>h</sup>, atribuyéndole, en la práctica, las determinaciones de los niveles de salud de la población".<sup>2(20; énfasis añadido)</sup>

Cabe recordar que el pensamiento neoclásico está relacionado a la idea de la epidemiología tradicional, positivista y al pensamiento lineal.<sup>16</sup> Es importante seguir apoyando la crítica a los autores que insisten en que el pensamiento neoclásico deja fuera los elementos de **reproducción del capital en el sector salud**, reduciendo su alcance a la microeconomía (actividad productiva), así como todos los demás factores que influyen en los niveles de salud de la población, como, por ejemplo, la perspectiva crítica de la promoción de la salud.<sup>17</sup>

Una buena síntesis del pensamiento neoclásico con la cuestión de la salud es la presentada por Braga y Paula.<sup>2</sup> Destacan el privilegio de analizar los efectos de la actividad productiva sobre la salud de las personas, de evaluar los efectos de la asistencia sanitaria sólo en términos de rendimiento de la actividad económica (ganancias en términos de tiempo de trabajo, productividad, etc.). En definitiva, la reducen a un análisis de su expresión contable, en el que la salud se restringe a la simple capacidad productiva. Básicamente, hacen énfasis en la cuestión de los **costos** sanitarios.

Además, Braga y Paula llaman la atención acerca de diversos problemas que el pensamiento neoclásico ha tenido que afrontar al intentar considerar la sanidad dentro de la racionalidad del

mercado. Comentan su preocupación por el mercado de la asistencia sanitaria, explicando los problemas del lado de la oferta y de la demanda.

Por el lado de la oferta, los principales problemas son: (i) la ganancia no es una razón que explique el propio mercado, porque la asistencia sanitaria ha sido prestada por instituciones públicas sin ánimo de lucro; (ii) en segundo lugar, algunos servicios sanitarios no tienen precio, lo que impide a la sociedad llevar a cabo una evaluación de preferencias; (iii) la asignación de servicios tiene lugar mediante una mezcla de decisiones administrativas del mercado y del Estado; y (iv) también se está estableciendo una fuente pagadora (el Estado o algún tipo de seguro), lo que plantea un problema de control de los costes de producción. Por el lado de la demanda: (i) hay problemas que deben analizarse en relación con la ponderación racional de las opciones para elegir los servicios (ingresos, pero no sólo); (ii) otra cuestión es la falta de conocimiento del consumidor (mercado asimétrico), por lo que suele ser el médico quien determina qué tipo de servicio prestará al paciente.

Los autores añaden la cuestión de la utilidad social al análisis de la oferta y la demanda. De ahí la relación con la noción neoclásica de **utilidad marginal**. La ley de la utilidad marginal establece que, en una relación económica, la utilidad marginal disminuye a medida que se consume una unidad más. La utilidad total de un bien aumenta cuando se consume más, pero el aumento de la utilidad marginal es cada vez menor. El consumidor obtiene satisfacción al consumir un bien, pero la siguiente unidad ya no le produce tanto placer como la anterior.

Estas utilidades se presentan en la compra de servicios sanitarios para prevenir o curar enfermedades contagiosas y son casos en los que la demanda individual y el precio de mercado subestiman las utilidades totales y marginales.<sup>2(22)</sup>

Basándose en estos argumentos, los autores insisten en las limitaciones del enfoque neoclásico, a saber

la salud es vista como la capacidad de realizar funciones productivas; la salud, analíticamente, no es vista como determinada por la estructura socioeconómica; la mejoría de la salud es vista como una **función directa** de la **estructura de atención a la salud**; y en esto, el movimiento del capital no es visto.<sup>2(23; énfasis añadido)</sup>

Es importante llamar la atención, como hacen los autores, sobre los conceptos favorecidos por la entonces economía de la salud, tales como: la operacionalización de las unidades de atención sanitaria; los conceptos de **riesgo** e **incertidumbre** suavizados por la idea de **bienestar**, pero sobre todo el concepto de **capital humano**, que a partir de los años 50 - con Theodor Schultz-,<sup>18</sup> cobra fuerza en la retórica neoclásica:

Especialmente a partir de los años 50, los economistas de esta corriente muestran preocupación por analizar no sólo la cantidad de recursos empleados en el desarrollo económico, sino también su calidad, concretamente la de los recursos laborales, centrándose en el "volumen de educación incorporada", la "formación" y la "asistencia sanitaria". El gasto en estos servicios se considera una inversión en **capital humano** y sus

tasas de rendimiento se analizan en términos de contribución al crecimiento económico y a la capacidad de ingresos individuales. Este procedimiento proporciona apoyo ideológico a la noción de que la salud es funcional al proceso de acumulación y producción, y sus métodos tienden a convertirse en la base analítica para la determinación política del nivel adecuado de gasto en atención sanitaria.<sup>2(23,24; énfasis añadido)</sup>

Los autores también llaman la atención sobre el uso de análisis de costos: costo-beneficio, costo-utilidad, costo-efectividad, en los cuales se calcula el **precio de la vida humana**, considerando el salario medio multiplicado por los años de vida ganados con la atención médica.

Es importante destacar las reflexiones de Illich al criticar el pensamiento neoclásico.<sup>19</sup> Este autor presenta interesantes comparaciones internacionales que demuestran que los **niveles de salud reaccionan de forma inversa a la expansión de la red sanitaria**, pero es necesario considerar que se trata de un análisis estrecho cuando se persigue una perspectiva global del funcionamiento de la economía. Otras críticas de los autores a los economistas neoclásicos son su visión tecnicista, basada en modelos abstractos, y también su falta de historia. Por eso insisten en su propósito: reducir el **problema de la salud** al de la **asistencia sanitaria**.

## Salud y subdesarrollo

Los neoclásicos continuaron difundiendo sus ideas después de la Segunda Guerra Mundial, especialmente en los países subdesarrollados de América Latina. La mejor expresión de ello es el aporte de la Teoría del Desarrollo de Rostow<sup>20</sup> en "Etapas del desarrollo económico: un manifiesto no comunista". El desarrollo económico es pensado a partir de una teoría de la producción, del avance del progreso técnico, desde la sociedad tradicional hasta la madurez industrial<sup>1</sup>. En resumen, una visión lineal, escalonada y mecánica del proceso de desarrollo de las naciones. De ahí que la salud y la educación pasaran a considerarse fundamentales para la cuestión de la calidad del trabajo. En este contexto, el concepto de **círculo vicioso**, como citan los autores a Nurkse en Myrdal,<sup>21</sup> parece ser central en el debate.

Los autores destacan la contribución de Myrdal:<sup>21</sup>

la idea del círculo vicioso tiene una consecuencia importante: refuerza las propuestas de la **planificación** como instrumento importante para "modernizar" la economía y como forma de intervención estatal en su dirección. También favorece la introducción de los **problemas de salud como un elemento del propio proceso de desarrollo económico** – ahora no sólo como un efecto, como querían algunos autores, sino como una **causa**.<sup>2 (28; el subrayado es nuestro)</sup>

Al comentar la planificación, los autores llaman la atención sobre la contribución de Cepal al pensamiento económico en América Latina. Para tener una idea del pensamiento de Cepal, los autores comentan:

A partir de sus diagnósticos sobre las causas del retraso del crecimiento económico latinoamericano, en los que se identificaban los "obstáculos" al mismo, se proponían medidas para eliminarlos, entre las que se alineaba la

planificación centralizada de determinadas variables económicas, como la inversión en determinados sectores básicos, el desarrollo de la infraestructura económica, etc.<sup>2(29)</sup>

En la práctica, las ideas de la CEPAL se limitaron al tema de la industrialización. En los años sesenta, los países latinoamericanos avanzaron en la industrialización, pero no resolvieron la cuestión del desarrollo social. Por eso los autores citan a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la "Carta de Punta del Este":

La Carta de Punta del Este marcó un hito en los trabajos de la Cepal y en la historia de la planificación en América Latina. En esta reunión, celebrada a nivel de Ministros de Estado, se decidió que, para recibir ayuda de la Alianza para el Progreso, cada Estado latinoamericano tendría que elaborar un programa integrado para el desarrollo de su economía. Como medida nueva e importante, el programa debería incluir el desarrollo social e integrarlo en el plan general. No se puede exagerar la importancia de este hecho. Era la primera vez que economistas y políticos aceptaban un planteamiento de esta naturaleza y, como se verá más adelante, fue fundamental para la planificación de la sanidad como parte integrante del desarrollo socioeconómico general.<sup>2(29,30)</sup>

Una vez más, al establecer una relación con la mediación histórica, los autores señalan que los avances científicos y tecnológicos del posguerra aumentaron la eficiencia y la eficacia de las acciones sanitarias. Así, surgió la importancia de coordinar y controlar las acciones sanitarias. Fue en ese contexto que la cuestión de la planificación pasó a ocupar un lugar central, incluso en el sector de la salud<sup>j</sup>, como forma de contribuir al deseado desarrollo económico de los países subdesarrollados.

A continuación, Braga y Paula<sup>2</sup> resumen el contexto de las preocupaciones sanitarias en los países subdesarrollados, articuladas con el importante papel del Estado (aumento del gasto) y las propuestas de organismos multilaterales – como la OPS y la OMS – para ampliar las inversiones en salud. El trabajo de Winslow,<sup>22</sup> publicado por la OMS en 1952, "la idea de que la mejora de la salud sería capaz por sí misma de transformar el patrón de desarrollo de una determinada economía",<sup>2(32)</sup> resume bien esta idea.

Por lo tanto, la importancia de la planificación de la salud ganó prominencia, especialmente con el método de planificación que se hizo ampliamente conocido en la Salud Colectiva: CENDES/OPAS<sup>k</sup>, en 1965, utilizado en varios países de América Latina. Sin embargo, posteriormente, se identificaron las limitaciones de un método racional de asignación de recursos, aspecto que fue reconocido por la propia OPS, al afirmar que los procesos de planificación no habían logrado alcanzar la tasa de crecimiento.

Los autores<sup>2</sup> señalan también que esta planificación no tiene en cuenta a los actores históricos de cada nación y trabaja con la idea de actuar neutralmente sobre las determinaciones sociales y económicas. A partir de ahí, los autores recurren a sus afirmaciones más críticas con respecto a la economía de la salud y, por qué no decirlo, a la propia racionalidad inculcada en la economía sanitaria actual.

## Crítica a los procedimientos neoclásicos: propuestas alternativas

Braga y Paula<sup>2</sup> recuerdan las tesis generales del pensamiento neoclásico y lo critican, afirmando que el razonamiento que subyace a este pensamiento es falso por las siguientes razones:

en primer lugar, no existe una relación necesaria y suficiente entre mejores y mayores aparatos de atención médica y mejores niveles de salud colectiva; en segundo lugar, la prestación de servicios de salud es una instancia de la sociedad, sujeta - al igual que los niveles de salud de la población - a una determinación social más amplia, y no tiene sentido pensarla de forma externa al marco de la sociedad.<sup>2(34)</sup>

Los autores insisten en descalificar los análisis estadísticos de los neoclásicos, que muestran una correlación inversa entre la oferta de servicios de salud y los niveles de mortalidad y morbilidad – discusión que ya había encontrado sus embriones en Illich, Dupuy, Barral y Berlinguer<sup>1</sup>.

En palabras de los autores:

En nuestra opinión, la cuestión de los niveles de salud de la población, de sus determinantes y de las principales variables que influyen en ellos sólo puede comprenderse cuando se da el paso que los neoclásicos siempre han rechazado, es decir, cuando se examinan las influencias del "medio externo" en la salud de las poblaciones. En otras palabras, las transformaciones en los niveles de salud de las poblaciones deben verse en términos de cambios y mejoras en sus niveles de renta y de vida; es esencial, sin embargo, considerar las diferencias entre clases sociales y ser conscientes de los aspectos patógenos del capitalismo y de los límites de la atención sanitaria. Lo que se desprende, pues, aunque no sorprende, es brutal: los pobres mueren primero.<sup>2(34,35)</sup>

Los autores también muestran algunas estadísticas y comentan la fragilidad de los datos si se analizan dentro de la problemática sanitaria. Se necesitan explicaciones fuera de la atención médica, como en el caso de Gran Bretaña, para reconocer el papel del modo de producción en la salud de las personas.

Resumieron sus ideas principales a la hora de analizar la salud de la siguiente manera:

Diversos factores pueden influir en la salud – entre ellos, la región de residencia, el sexo, etc. – pero cualquier análisis de la salud colectiva debe tener necesariamente en cuenta las características específicas de la producción industrial y de las relaciones capitalistas.<sup>2(36)</sup>

1. Ahí radica la importancia de comprender la dinámica del capitalismo y, sobre todo, su fase contemporánea. Los autores afirman que el capitalismo crea sus propias enfermedades a medida que se cura de otras. En este sentido reafirman su visión, sobre todo en la amplitud de su análisis de la salud. Gran parte de su argumentación procede de citas de Berlinguer<sup>m</sup> y Lojkine<sup>n</sup>. Después de destacar puntos importantes para el análisis del

sector de la salud, los autores refuerzan hasta qué punto la economía de la salud, al final, toma la salud como un espacio de pura acumulación, con la connivencia del Estado como cómplice de esta función:

En efecto, a partir de entonces, la práctica de la salud abandonó sus características 'artesanales', dejando de ser ejercida por el médico aisladamente, y pasó a tener las características técnicas y financieras de la gran industria, con el hospital moderno como espacio social apropiado. [...] [Por lo tanto, la economía de la salud tiene como objetivo] evaluar el comportamiento del sistema de salud - tal como fue definido anteriormente - teniendo en cuenta su desempeño como "*locus*" para la acumulación de capital, la valorización del capital, la transformación técnica y social del proceso de trabajo médico, y como sitio político-ideológico para la regulación por parte del Estado de una importante dimensión de la vida de las personas.<sup>2(39)</sup>

Por último, vale la pena señalar las limitaciones del análisis de los autores. Por ser economistas, no abordan el problema de la disputa entre los diferentes intereses del Estado y su papel en el capitalismo. Especialmente en este momento contemporáneo, se considera fundamental la articulación del Estado, la forma de valor y su particular predominio del capital a interés.

### **Una crítica revisitada: Braga y Paula, el pensamiento económico y la visión neoclásica en el capitalismo contemporáneo**

Braga y Paula nos ayudan a comprender la trayectoria del pensamiento económico y su relación con la salud. Algunas cuestiones sobre los desafíos de la salud pública en Brasil en el contexto del capitalismo contemporáneo surgen de la contribución teórica de Braga y Paula<sup>2</sup> cuando reconocemos que estos autores son clásicos y, por lo tanto, de lectura obligatoria sobre el pensamiento económico en salud en Brasil.

Según Dardot y Laval,<sup>1</sup> el neoliberalismo es la razón del capitalismo contemporáneo, que determina una nueva forma de gobernar a los hombres según el principio universal de la competencia, implicando una reducción de los derechos sociales, incluida la política de salud, e intensificando los mecanismos de mercantilización en su seno, presentes en el contexto actual de los países capitalistas centrales y en Brasil.

En este contexto, la contribución de Braga y Paula<sup>2</sup> es de innegable relevancia, ya que los autores discuten la relación entre la cuestión de la salud y el pensamiento económico, a lo largo de su historia, en consonancia con la historia del capitalismo, presentando propuestas para este pensamiento, en crítica directa a la visión neoclásica que ha inspirado la concepción neoliberal, dominante desde hace casi 40 años.

Retomar el estudio de estos autores es una herramienta imprescindible para reflexionar sobre los límites que la salud como derecho universal ha venido sufriendo precisamente en este periodo, en el que el pensamiento neoliberal está presente de forma hegemónica en todas las políticas sociales. Sus resultados, entre otras cosas, han puesto en peligro la disposición de los fondos públicos, lo



que compromete el mantenimiento de los derechos sociales introducidos, especialmente en Brasil, desde la Constitución de 1988.

En esta forma de relacionar la cuestión de la salud y el pensamiento económico, Braga y Paula<sup>2</sup> comentan que sólo a finales del siglo XIX se forjó el pensamiento neoclásico. Sin embargo, fue con la implantación y estructuración de los sistemas de salud, en el primer cuarto del siglo XX, que la cuestión de la salud se incorporó de forma más elaborada.

La preocupación central de los neoclásicos se centra en la microeconomía, haciendo énfasis en la cuestión de la eficiencia de la unidad de producción y la mejora de su administración. Es posible decir que esta preocupación, con énfasis en los principios de optimización de los recursos y en la noción de eficiencia, ha sido ampliamente contemplada en la época contemporánea del neoliberalismo, especialmente a través de los documentos del Banco Mundial, desde la edición de 1975 de "*Health: a sectoral policy document*".<sup>23</sup>

Braga y Paula<sup>2</sup> han criticado repetidamente la visión de la economía de la salud y, en continuidad con sus críticas, insisten en que el pensamiento neoclásico deja de lado los elementos de reproducción del capital en el sector de la salud. Así, el pensamiento neoclásico privilegia en su análisis los efectos de la actividad productiva sobre la salud de las personas, evaluando los efectos de la atención a la salud en términos del desempeño de la actividad económica, básicamente. Además, las implicaciones de la salud y la enfermedad en el ser humano no son consideradas por el análisis neoclásico, revelando su carácter limitado. Para este campo de pensamiento económico, la salud aparece como un proceso eminentemente técnico-productivo, como la constitución de una industria sanitaria y su estructura, en la que sólo se debe asegurar un progreso productivo continuo.

El análisis de Braga y Paula<sup>2</sup> es preciso al señalar una primera dificultad de la visión neoclásica: su perspectiva de la salud como proceso técnico-productivo le impide establecer conexiones más directas entre los aspectos económicos y sociales en el movimiento de la sociedad capitalista. Al no entender el capital como una **relación social**, a la luz de la contribución de Marx,<sup>7</sup> no logran captar la estrecha conexión entre el movimiento de acumulación de capital y la formación de una clase capaz de impulsar o apoyar las transformaciones sociales y políticas, utilizando la salud como base para el sostenimiento de sus negocios y como proyecto para aumentar la valorización.

Al no tener en cuenta los diferentes períodos históricos, al abstraer las mediaciones históricas de la cuestión de la salud, los modelos pierden su capacidad de explicar los complejos movimientos de los procesos salud-enfermedad. Entonces, ¿cómo no tener en cuenta las diferencias históricas entre los países capitalistas europeos con sistemas universales implantados en el período posterior a la Segunda Guerra Mundial y Brasil, con el SUS con sólo 33 años de existencia? ¿Cómo no tener en cuenta determinantes esenciales como el hecho de que la implantación de la sanidad universal en Brasil fue **tardía** – a partir de la década de 1990 – en relación con el contexto histórico en el que se establecieron los Estados Sociales,<sup>24</sup> especialmente en Europa? Se trata de una nueva fase del capitalismo, en la que el SUS se desarrolla bajo un capitalismo dominado por la supremacía financiera, con limitaciones permanentes para la realización de un sistema sanitario universal.

En este contexto, nuestros autores economistas políticos prosiguen su línea de argumentación crítica, confirmando dos problemas centrales del pensamiento neoclásico. En primer lugar, subrayan que no existe una relación estrecha entre una asistencia médica mejor y más estructurada,

como insisten los neoclásicos, y mejores niveles de salud colectiva. En segundo lugar, reconocen que la prestación de servicios sanitarios es una esfera de la sociedad; se ve afectada, al igual que los niveles de salud de la población, por una determinación social más amplia, lo que hace imposible reflejarla fuera del marco de la sociedad burguesa.

En definitiva, el carácter abstracto y técnico de los planteamientos de la teoría neoclásica sobre la salud acaba dejando de lado lo que debería ser el objeto mismo de la teoría: explicar las diferencias específicas de los procesos de desarrollo capitalista en los distintos países y su carácter de clase dentro de sus distintos patrones de acumulación.

En términos concretos, como la visión neoclásica ha sido hegemónica en la forma de conducir la política económica y en la forma racional de actuar de los estados nacionales desde 1990, se considera que la contribución de Braga y Paula<sup>2</sup> tiene varios atributos para reflexionar sobre la fragilidad de las políticas públicas en todo el mundo, y especialmente en Brasil, durante los enfrentamientos para implementar una política de salud universal a través del SUS.

Con la realización de esta nueva era en el mundo, la fructífera discusión debe ser retomada a la luz de la perspectiva crítica inspirada en el análisis de la economía política marxista sobre la perversa relación entre lo público y lo privado, especialmente desde la década de 1980-90, imponiendo un papel al Estado brasileño en consonancia con las directrices de la racionalidad del mercado, ampliando las llamadas contrarreformas. En este contexto, se destacan la precarización de las condiciones y procesos de trabajo, la privatización del espacio público de salud y la adopción de herramientas de gestión pública que favorecen la evaluación del desempeño, centradas principalmente en la obtención de resultados "productivos" y "eficientes". Sin duda, la toma de decisiones de política económica y estas medidas/instrumentos de gestión pública se basan en la visión neoclásica descrita por Braga y Paula,<sup>2</sup> visión de la que los autores mencionados son ardientes críticos.

Las medidas implementadas en el país, a través del trípode macroeconómico ortodoxo – metas de inflación, superávit primario y tipo de cambio flotante – adoptado por el Gobierno Federal en Brasil desde el gobierno de Fernando Henrique Cardoso (FHC), pasando por los gobiernos de Lula y Dilma Rousseff, no han roto con la lógica de las políticas neoliberales/neoclásicas. A pesar de los resultados positivos de algunas políticas sociales, han implicado la reducción de nuestro sistema de protección social en cumplimiento de un papel funcional del capitalismo en Brasil.

Mucho más intensamente, en el corto período del gobierno Temer, representante de los sectores más retrógrados, conservadores y reaccionarios de la sociedad brasileña, los ataques a las políticas laborales y sociales en general no han cesado. En rigor, el documento gubernamental "Puente para el Futuro"<sup>25</sup>, que anuncia las acciones a ser implementadas por el gobierno, apunta a la aceleración e intensificación de las medidas que conducen al desmantelamiento del Estado brasileño, y en Jair Bolsonaro a una nueva fase de contrarreformas estructurales, atacando los derechos sociales y de los trabajadores.

En el caso específico de la salud, el corto período del gobierno Temer ha sido mucho más sobre su relación con el sector privado. Varias medidas han sido presentadas por este gobierno para orientar la sanidad hacia el libre mercado: el Proyecto de Ley de la Cámara No. 918/2016, que posibilita la privatización de todas las empresas públicas, ya sean municipales, estatales o federales, incluida

la Empresa Brasileña de Servicios Hospitalarios (EBSERH); una propuesta de revisión de la Política Nacional de Atención Primaria, que flexibiliza la forma en que se operativiza la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil; un proyecto de revisión de la Ley de Planes de Salud, que garantiza la liberalización para la venta de paquetes sanitarios más baratos – los llamados planes populares de salud –, pero con menor cobertura y peor calidad.<sup>26-28</sup>

### **Consideraciones finales**

Por último, creemos que los argumentos críticos de Braga y Paula<sup>2</sup> sobre la visión del pensamiento neoclásico y la cuestión de la salud merecen ser revisitados, ya que este enfoque viene reinando en los dictados de las políticas económicas y sociales del gobierno oficial y contaminando la trayectoria de las políticas públicas, especialmente de salud, desde la década de 1990 y con un intenso desmantelamiento tras la entrada de los gobiernos de Temer y Bolsonaro.

Así, esta revisión de las diversas cuestiones planteadas por el pensamiento de la economía política crítica en la década de 1980 en el campo de la salud pública contribuye a una mejor problematización del contexto del capitalismo contemporáneo y de las limitaciones de la implementación de la salud pública universal desde la perspectiva del Estado y de las políticas públicas y su visión neoclásica predominante.

Finalmente, insistimos en que es necesario recuperar a Braga y Paula<sup>2</sup> en el sentido de sus críticas al pensamiento neoclásico/neoliberal, actualizarlas y articularlas muy bien con esta situación degradante que la salud universal, a través del SUS, viene enfrentando con las transformaciones contemporáneas del modo de producción capitalista y su relación con el Estado en Brasil. Sin duda, se trata de un trabajo esencial para ampliar el horizonte de aquellos profesionales de la salud preocupados con el campo de la salud colectiva y evitar que se restrinjan a un análisis disociado del perverso movimiento totalizador del capital, como el que ha configurado el escenario más general en los últimos casi 30 años y que parece ser potente para el futuro.

Por lo tanto, entender la trayectoria de la salud como objeto de pensamiento económico nos muestra que ha prevalecido un tipo de economía, incluso en la narrativa hegemónica de la Salud Colectiva. El pensamiento neoclásico es esta narrativa. Ha colonizado el debate sobre la economía de la salud y lo ha convertido en rehén de una retórica estructural que acompaña la propia historia del capitalismo y sus diferentes etapas de desarrollo. No es de extrañar que la economía de la salud esté más asociada a la Salud Colectiva que a la propia economía. Esto puede justificarse por el hecho de que la economía es más favorable a la tensión sobre otras racionalidades críticas que la propia Salud Pública, un *locus* en el que la crítica a la producción de salud en el capitalismo se ha enfriado claramente.

<sup>a</sup>El profesor José Carlos de Souza Braga es licenciado en Economía por la Facultad de Economía y Administración de la Universidad Federal de Río de Janeiro (1970), doctor en Economía por la Universidad Estadual de Campinas (1985), posdoctorado por la Universidad de California, Berkeley (1989) y posdoctorado por la Universidad Estadual de Campinas (2005). Actualmente es profesor titular de la Universidad Estatal de Campinas. El profesor Sergio Góes de Paula es licenciado por la Universidad Federal de Río de Janeiro (1968) y doctor por la Universidad Estatal

de Campinas (1987). Fue investigador asociado de la Fundación Oswaldo Cruz, economista de la Financiadora de Estudios y Proyectos y profesor adjunto de la Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro.

<sup>b</sup>En el ámbito de la Salud Colectiva (donde el debate sobre la interfaz entre **economía** y **salud** es más destacado), el concepto de **asistencia sanitaria** se relaciona con la organización de los sistemas y servicios de salud, incluyendo la gestión de los procesos políticos y administrativos, la organización del trabajo clínico, las acciones de vigilancia sanitaria, la participación comunitaria, entre muchos otros; **no limitándose, por ende, al encuentro asistencial** entre el profesional sanitario y el usuario (lo que se conoce como asistencia sanitaria). Sin embargo, por no haber tenido acceso a este debate, los autores del texto de Braga y Paula transmiten a menudo la idea de que la asistencia sanitaria se limita a la atención sanitaria.

<sup>c</sup>El trabajo conjunto de estos dos autores se considera un **marco fundacional** del pensamiento económico sobre la salud desde una perspectiva más crítica en relación con la ortodoxia económica neoliberal que se estaba perfilando a través del pensamiento económico neoclásico. Por ello, puede decirse que esta obra es un clásico del pensamiento económico de la salud en Brasil, y nada más oportuno que revisitarla, especialmente en tiempos de crisis por los modelos explicativos que sustentaron la crisis de 2008.

<sup>d</sup>Es muy común que los profesionales de la salud que se inician en la **economía** confundan Política Económica con Economía Política. Obviamente, no se trata sólo de una inversión sintáctico-semántica entre las palabras economía y política. La primera está relacionada con las decisiones políticas sobre la economía como política pública, por lo que se inscribe en el orden de la institucionalidad estatal y, desde una perspectiva socialdemócrata, **dependería** de las decisiones de la élite política gobernante. Sin embargo, desde una perspectiva marxista, la política económica siempre estará, en última instancia, relacionada a la lógica del Estado capitalista (es decir, actuando como soporte de las relaciones de producción capitalistas). La Economía Política, por su parte, es el estudio de las relaciones sociales de producción, circulación y distribución de bienes materiales destinados a satisfacer las necesidades humanas, identificando las leyes que rigen estas relaciones. En función del pensamiento económico que se adopta en un determinado periodo sociohistórico, la economía se **amplía** y adopta la **economía política** como concepción de la **ciencia económica** (es decir, considera el **económico** como una **relación social**). En otros periodos históricos, el pensamiento económico **reduce** lo económico a un factor o variable descontextualizado de la relación social que lo genera, por lo que la ciencia económica se toma más próxima a las ciencias formales y naturales, especialmente las matemáticas y la estadística.

<sup>e</sup>La elasticidad del precio de la oferta mide el porcentaje de aumento o disminución de la cantidad ofrecida (en este caso, de fuerza de trabajo) debido a un cambio porcentual de los precios (en este caso, de la fuerza de trabajo), mide cuánto cambia la cantidad ofrecida de un bien debido a un cambio en el precio de ese bien.

<sup>f</sup>Son aspectos que determinan la salud de las poblaciones, pero que, en el contexto de la Ley de Pobres, no deben cuestionarse en su esencia.

<sup>g</sup>Engels es quien más claramente abre este debate desde una perspectiva marxiana crítica. Como hijo de industriales, tuvo acceso a la información y a las condiciones de explotación que la

burguesía ideó para los trabajadores. En un intento de comprender este proceso, Engels escribió un tratado de gran alcance para la época, analizando las condiciones de vida de la clase obrera a la luz del apogeo del capitalismo industrial. Para los sanitaristas marxistas, esta obra titulada "La situación de la clase obrera en Inglaterra" es esencial porque se considera el primer tratado de epidemiología descriptiva **crítica**.

<sup>h</sup>Al trabajar con el término **asistencia**, entendemos que Braga y Paula pretendían trabajar con la idea de **intervención**. Sin embargo, entendemos que los autores no tuvieron acceso a la discusión que profundizó el cuidado como categoría de análisis. Actualmente, existe una gran producción, especialmente en el campo de la enfermería brasileña, sobre el cuidado y su diferenciación de la noción de intervención. A pesar de la vasta pluralidad teórico-epistemológica en que se basa la categoría de cuidado, se puede decir a grandes rasgos que la intervención en salud es el acto de alterar el estado de salud de un individuo utilizando conocimientos y técnicas (esencialmente basadas en tecnología dura) con el objetivo de proporcionarle mejoras. La asistencia sanitaria, en cambio, más que un acto es una actitud. Abarca, por tanto, un momento de atención, celo y cuidado. Representa una actitud de ocupación, (pre)ocupación/(post)ocupación con el estado de bienestar del sujeto. Esta actitud es la base de la responsabilidad y el afecto hacia los demás. En nuestra opinión, incluso bajo este refinamiento analítico, el pensamiento económico neoclásico puede ser perfectamente compatible con la categoría de cuidado. Pero eso es objeto de una larga discusión en la que no podemos entrar aquí.

<sup>i</sup>Hay cinco etapas de desarrollo económico descritas por Rostow: 1) la sociedad tradicional; 2) las condiciones previas para el despegue; 3) el despegue; 4) la marcha hacia la madurez; 5) la era del consumo de masas.

<sup>j</sup>Es importante mencionar que la planificación se consideró un instrumento fundamental tras el Plan Beveridge, que creó el Sistema Nacional de Salud inglés en 1948, constituyendo el llamado "Estado del Bienestar", que también se extendió a los países europeos. A pesar de la importancia del Estado de Bienestar como producto de la tensión global entre capital y trabajo vivida en la Europa de posguerra, tomamos como punto de partida la crítica a esta categoría realizada por Boschetti (2016), quien denomina a este fenómeno "Estado de Bienestar Capitalista".

<sup>k</sup>Centro de Desarrollo (CENDES), organismo creado en Venezuela (en la Universidad Central) y apoyado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se trata de un enfoque sistémico de la programación de los recursos sanitarios, vinculado a una serie de análisis coste-beneficio. Tiene méritos a la hora de priorizar los daños a la salud, pero ha sido muy criticado por transponer la lógica económica normativa de Cepal a los servicios de salud y hacerlos más rígidos.

<sup>l</sup>Ivan Illich, Etienne Barral, Jean-Pierre Dupuy y Giovanni Berlinguer.

<sup>m</sup>Se refiere a Giovanni Berlinguer, médico, político, bioético y ecologista italiano. El pasaje hace referencia a su libro "Medicina y política".

<sup>n</sup>Se refiere a Jean Lojkine, profesor titular de filosofía y director de investigación en sociología en el Centre National de la Recherche Scientifique – CNRS. El extracto se refiere concretamente a su libro "*L'État capitaliste et la gestion urbaine*".

°El Estado Social es una categoría crítica marxista desarrollada por Ivanete Boschetti como contrapunto al concepto generalizado de Estado del Bienestar. Para más detalles, véase Boschetti (2016).

## Referencias

1. Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. São Paulo: Boitempo, 2016.
2. Braga JCS, Paula SG. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec; 1981. Capitalismo e pensamento econômico: a questão da saúde. p. 1-39.
3. Adorno TW. Notas de literatura. Rio de Janeiro: 34; 2003. Vol. 1
4. Meneghetti FK. O que é um ensaio-teórico. Rev Adm Contemp. 2011;15(2):320-32. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552011000200010>.
5. Paixão CJ. Episteme dos métodos. Filos Educ. 2013;5(2):43-56. <https://doi.org/10.20396/rfe.v5i2.8635394>.
6. Magalhães SMO, Souza RCCR. A questão do método e da metodologia: uma análise da produção acadêmica sobre professores(as) da Região Centro-Oeste/Brasil. Educ Real. 2012;37(2):669-93.
7. Marx K. O capital: crítica da economia política. São Paulo: Boitempo; 2013. Lv. 1
8. Smith A. Uma investigação sobre a natureza e causa da riqueza das nações. São Paulo: Nova Cultural; 1983. (Coleção os economistas).
9. Ricardo D. Princípios de economia política e tributação. São Paulo: Nova Cultural; 1982. (Coleção os economistas).
10. Petty W. Tratado dos impostos e contribuições. São Paulo: Nova Cultural; 1988. (Coleção os economistas).
11. Foucault M. Microfísica do poder. 8a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
12. Chadwick E. Poor law and public health. London: Longman; 1969.
13. Malthus TR. Princípios de economia política. São Paulo: Abril Cultural; 1983. (Coleção os economistas).
14. Marshall A. Princípios de economia. São Paulo: Nova Cultural; 1996. (Coleção os economistas).

15. Mushkin SJ. Towards a definition of health economics. Public Health Rep. 1958;73:758-93.
16. Breilh J. Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Da epidemiologia linear à epidemiologia dialética. p. 191-218.
17. Vasconcelos KEL, Schmaller VPV. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: Vasconcelos KEL, Costa MDH, organizadoras. Por uma crítica da promoção da saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-110.
18. Schultz T. O capital humano. São Paulo: Zahar; 1973.
19. Illich I. A expropriação da saúde. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
20. Rostow WW. As etapas do desenvolvimento econômico: um manifesto não comunista. Rio de Janeiro: Zahar; 1964.
21. Myrdal G. Aspectos políticos da teoria econômica. São Paulo: Nova Cultural; 1988.
22. Winslow CEA. Le coût de la maladie et le prix de la santé. Genève: OMS; 1952.
23. Marques R, Mendes Á. El financiamiento del sistema único de salud y las directivas del Banco Mundial. In: Pereira JMM, Pronko M. La demolición de derechos: un examen de las políticas del Banco Mundial para la educación y salud: 1980 - 2013. Luján: EdUNLu; 2016. p. 351-378.
24. Boschetti I. Assistência social e trabalho no capitalismo. São Paulo: Cortez; 2016.
25. Partido do Movimento Democrático Brasileiro. Uma ponte para o futuro. Brasília, DF: 29 out 2015 [citado 15 jun 2021]. Disponível em: [http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER\\_A4-28.10.15-Online.pdf](http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf)
26. Scheffer M. O plano dos planos de saúde. Folha de São Paulo (Internet). 27 ago 2017 [citado 15 jun 2021]; Tendências e Debates. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/paywall/login.shtml?> <https://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2017/08/1913372-o-plano-dos-planos-de-saude.shtml>
27. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. O ilegítimo governo Temer e os ataques ao sistema único de saúde: nota da FNCPS. [Local desconhecido]: FNCPS; ago 2016 [citado 15 jun 2021]. Disponível em: [http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files/fncps\\_2016\\_nota\\_gov\\_temer\\_diagrama\\_da\\_versao\\_final.pdf](http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files/fncps_2016_nota_gov_temer_diagrama_da_versao_final.pdf)
28. Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Reflexão da FNCPS sobre a proposta de revisão da PNAB [Internet]. [Local desconhecido]: FNCPS; Ago 2017 [citado em 15 jun 2021]. Disponível em: <http://www.contraprivatizacao.com.br/>