

## Salud y desarrollo: un diálogo con el pensamiento de Celso Furtado

Laís Silveira Costa <sup>1</sup>

Ligia Bahia <sup>2</sup>

Patrícia Seixas da Costa Braga <sup>2</sup>

**Resumen** *La comprensión de que las condiciones de salud dependen de factores nacionales más generales relacionados con el patrón de desarrollo significa admitir que la sectorización de la salud es un factor limitante para la formación del conocimiento. También señala la importancia de investigar la relación entre la salud y el desarrollo contemplando interrogaciones acerca de los procesos que alimentan la persistencia de la polaridad modernización versus marginación, que marcó la historia del desarrollo contemporáneo brasileño. A partir de una revisión de la literatura, este ensayo tiene como objetivo profundizar la comprensión de las condiciones estructurales de la relación entre la salud y el desarrollo y su reproducción en la formación de conocimiento contemporáneo, con base en el diálogo con las ideas de Celso Furtado. Concluye que una articulación virtuosa entre la salud y el desarrollo requeriría políticas capaces de conciliar la coexistencia armoniosa de los antagonismos representados por los intereses del capitalismo y del bienestar social. En la concepción de Furtado, esto sería posible al correlacionar el proceso de homogeneización social con un sistema de producción eficiente dotado de una cierta autonomía tecnológica.*

**Palabras clave** *Desarrollo, Salud colectiva, Sistema Único de Salud, Innovación*

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Avenida Brasil 4036/809, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ Brasil. lais.costa@fiocruz.br

<sup>2</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introducción

En Brasil, las asociaciones entre el progreso y la salud no son nuevas; ya estaban presentes en los discursos de Getúlio Vargas y Juscelino Kubitschek en los años 1940 y 1950. En las dos décadas siguientes, las teorías sobre el desarrollo inspiraron estudios de médicos e intelectuales sobre la salud y las relaciones económicas y sociales. Cuestiones tales como el derecho a la atención médica, la socialización de los servicios de salud y la nacionalización de la industria farmacéutica fueron investigados por autores como Samuel Pessoa, Mario Vítor de Assis Pacheco, Mário Magalhães, Álvaro de Faria y Carlos Gentile de Mello<sup>1</sup>.

Los conocimientos heredados permitieron reexaminar las relaciones entre los campos de la salud y del desarrollo. El concepto positivo de la salud – como una condición inherente al bienestar social y al ejercicio pleno de la ciudadanía – ha llevado a preguntas acerca de la correlación fundamental entre la salud y el desarrollo, lo que dio lugar a la elaboración de las directrices que han norteado la Reforma Sanitaria brasileña (diseñada considerando las críticas a los modelos de prevención y medicalización) y la percepción de que los cambios estructurales en las relaciones que se establecen entre la sociedad, el mercado y el Estado eran esenciales<sup>2</sup>.

La comprensión de que las condiciones de salud dependen de factores nacionales más generales – relacionados con el patrón de desarrollo y la inserción autónoma y competitiva en la economía global –, con repercusiones sobre aspectos tales como la distribución del ingreso, la pobreza, la nutrición, el saneamiento, el patrón de crecimiento económico (socialización o marginalización), resultó en el reconocimiento de que la sectorización de la salud es un limitante tanto para el campo científico como para la calidad de vida de la población. Por lo tanto, las predicciones basadas exclusivamente en reiteraciones de las asimetrías sociales del pasado o supuestas oportunidades de fomento de subsectores económicos en el actual escenario de crisis económica deben ser problematizadas a través del cuestionamiento de las políticas que las fundamentan y legitiman; especialmente cuando se considera la importancia de buscar una trayectoria de desarrollo capaz de conducir a una creciente homogeneización de nuestra sociedad<sup>3,4</sup>, pasando por la ruptura de los procesos que alimentan la persistencia de la polaridad modernización-marginación que marcó la historia del desarrollo contemporáneo brasileño.

La constatación de que existe una conexión

inseparable entre las formas económicas y sociales implicó la percepción de la necesidad de liberación del “círculo vicioso” a que el país está sometido por su herencia colonial – y señaló la necesidad de cambios que pasen por la economía –donde estaría el origen de los obstáculos enfrentados y que sería el locus de su superación – ya que el patrón de desarrollo de Brasil tiene límites críticos.

Los análisis que relacionan la salud y el desarrollo, llevados a cabo a partir de los años 2000, pasaron también a incluir la investigación sobre las conexiones existentes entre los derechos sociales, la innovación y la estructura dinámica del Complejo Económico e Industrial de la Salud (Ceis), cuya formulación teórica<sup>5</sup> trata de la interrelación sistémica entre segmentos productivos del sector secundario y terciario que participan en la cadena de producción de la salud.

Los intereses políticos, económicos y sociales dinamizados por esta base son variados y con frecuencia contradictorios. Sobre todo porque reflejan las fuerzas dominantes culturalmente – en este caso, atendiendo a los intereses de la acumulación comandados por las corporaciones transnacionales – es que se puede decir que las técnicas no son neutras<sup>4</sup>. Desde la perspectiva de las tensiones entre el desarrollo social y el poder, la innovación y la democracia, y de las consecuencias sobre la producción y el acceso a los bienes y servicios de salud, la reflexión sobre la base productiva envuelta en un sistema de salud es esencial para orientar y subsidiar las políticas públicas sectoriales e intersectoriales.

El progreso tecnológico puede simultáneamente basar el desarrollo económico e intensificar las desigualdades sociales – si la promoción, prevención y atención de la salud son resultado del acceso injusto a las nuevas tecnologías y del establecimiento diferencial de exposición a los riesgos causados por las intervenciones ambientales y procedimientos iatrogénicos. Además, las discrepancias entre el acceso, la calidad y el costo de las innovaciones ponen el tema en el centro del debate sobre la eficacia y la sostenibilidad del Sistema Único de Salud (SUS), lo que demuestra su importancia para la política de salud.

Basado en una revisión de la literatura sobre el tema y desde un enfoque histórico, el objetivo de este ensayo es el de profundizar en la comprensión de las condiciones estructurales de la relación entre la salud y el desarrollo y de su reproducción en la formación del conocimiento, rescatando la teoría del desarrollo propuesta por Furtado para analizar el contexto contemporáneo.

Su relevancia es guiada por la necesidad de avanzar en la comprensión sobre cómo llevar a cabo actividades económicas para promover la aproximación entre el sistema de bienestar nacional y el sistema nacional de innovación en salud, según lo propuesto por Furtado. Al recuperar los conceptos clave de la homogeneización social y la autonomía productiva, destaca la importancia de calificar el fomento de esta base productiva de manera que las demandas de la población sean capaces de guiar el desarrollo tecnológico y los procesos de innovación.

### **El vitalismo y el complejo médico-industrial**

Durante la década de 1960, en la búsqueda por comprender las relaciones entre la ciencia, la medicina y el discurso sobre la salud y la enfermedad, la salud fue objeto de investigación científica y reflexiones teóricas en diversos campos del saber. Se cuestionaba la idea según la cual el conocimiento sobre la enfermedad es el resultado directo de los intentos para restablecer la salud. O sea, la enfermedad no se entendía apenas como una manifestación de experiencias vividas que proyectan trastornos y desórdenes, sino como un cambio en los contornos del concepto de normalidad, fenómeno distinto del sufrimiento<sup>6</sup>.

Por lo tanto, el perfecto estado de salud no sería más que un concepto acerca de un tipo ideal. Su comprensión debería estar libre de métricas fisiológicas, ya que “el hombre normal es el hombre normativo, un ser capaz de establecer nuevos estándares”<sup>7</sup> (traducción libre). La enfermedad, a su vez, debería ser entendida como la producción de nuevas formas de ajuste entre el organismo y el medio ambiente. En un primer momento, lo que se presenta como anormal es a menudo el presagio de una nueva normatividad, pues, “en la medida en que los seres vivos se alejan del tipo específico” (traducción libre), no serían necesariamente anormales punto de poner en peligro la forma específica, ya que sólo podrían representar la evolución de los caminos que conducen a nuevas formas<sup>6</sup>. En Brasil, esta teoría influyó Arouca<sup>8</sup>, para quien la asistencia médica tendría una doble característica: ser un proceso de trabajo que pretende interferir en los valores vitales – biológicos y psicológicos – y ser una unidad central de cambio a la que está asociado un valor social e históricamente establecido.

Desde la década de 1970, la búsqueda por la comprensión de la relación entre la medicina y la ciencia se enfrenta a nuevas variables. Ante la

presión de los costos de asistencia médica, diversas publicaciones de la prensa hicieron hincapié en los aspectos desfavorables de la asociación entre las industrias rentables y servicios de salud filantrópicos o comunitarios. Concepciones negativas de esa conexión también se abordaron en la investigación científica internacional, en particular aquellas preocupadas en cuantificar y desvendar los beneficios obtenidos por la industria de la salud, al igual que en el estudio realizado por Howard Waitzkin<sup>9</sup> que pretendía demostrar que, en la década de 1960 en los Estados Unidos, las unidades de terapia coronaria fueron ampliamente diseminadas incluso antes de cualquier evaluación de su eficacia en el tratamiento de infarto de miocardio.

Estos estudios centraron sus esfuerzos en la adecuación del pensamiento marxista a la interpretación del “crecimiento explosivo de la industria de la salud”<sup>10</sup> (traducción libre). La concepción del “complejo médico-industrial” pasó a ser adoptada por varios autores con el fin de investigar las relaciones entre los intereses de las grandes empresas productoras de “suministros” para el cuidado de la salud – incluyendo la cooperación con centros de investigación, servicios de salud y las corporaciones profesionales<sup>11</sup>.

La comprensión de los complejos médico-industriales deriva de la aprehensión del concepto de complejo industrial (más específicamente, la adaptación de la expresión “complejo industrial militar”). Nótese que las cadenas de producción de una economía nacional se pueden agrupar en conjuntos o bloques, de manera que el valor promedio de las compras y ventas de los miembros de un bloque sea mayor que el del otro. Estos bloques pueden ser llamados “complejos industriales”<sup>12</sup>. Tradicionalmente, el término “complejo industrial” se utiliza como una herramienta de evaluación de un grupo de industrias articuladas, espacialmente e intersectorialmente, bajo el mando de una industria motora. Su demarcación es un proceso que requiere la construcción de una matriz de transacción para que, con base en un estándar de insumo-producto, se propicie la organización de informaciones sobre las transacciones intersectoriales.

La comprensión de la configuración de las estructuras productivas, su dinámica de acción y sus conexiones con los conceptos de complejo industrial, desarrollo y políticas públicas se basa, entre otros, en las evidencias constantes de las evaluaciones de los modelos de crecimiento económico equilibrado y efectos necesariamente beneficiosos de los polos de crecimiento. El de-

sarrollo proporciona, en general, la brusca y vigorosa prosperidad de una o unas pocas regiones y sectores. Dado que los instrumentos de difusión y (o) de convergencia del crecimiento están en evidencia, se confiere atribución esencial a la inversión pública. Debe considerarse que además de ser crucial para la generación de ingresos y la creación de capacidad productiva, el crecimiento económico equilibrado debe significar la optimización de las inversiones productivas que permitan nuevas inversiones directas.

Según esta teoría, el desarrollo se organiza en polos, sin una distribución homogénea entre los diversos sectores y actividades económicas<sup>13</sup>, es decir, además de ser acumulativo, es desequilibrado sectorial y espacialmente. Por esta razón, conduce a la identificación obligatoria de las industrias motrices y polos de desarrollo. Dado el potencial que los cambios en las tecnologías empleadas o en la demanda deben estimular el crecimiento de los sectores ya consolidados, con el fin de que se conviertan en motrices, las relaciones entre las industrias se tornan necesariamente dinámicas. Por lo tanto, las innovaciones desempeñan un papel importante en el diseño de estos polos, ya que la influencia desestabilizadora de las industrias motrices genera ondas innovadoras y que son numerosas las evidencias empíricas de una mayor interdependencia entre los sectores, ampliando el ámbito de acción de las organizaciones públicas y privadas al incorporar actividades hacia arriba y hacia abajo de sus cadenas sectoriales. Intentos más recientes de delimitación de los complejos industriales admiten recortes arbitrarios y metodologías que enfatizan no sólo la capacidad de valor agregado y la capacidad de retención de las relaciones de compra y venta de cada componente del complejo, sino también la mayor importancia del progreso técnico de sectores que tienden a aumentar su participación en términos del valor de la producción en el complejo en su conjunto.

#### **Desarrollismo (desenvolvimentismo) y salud**

En la década de 1970, las altas tasas de crecimiento económico sin el correspondiente impacto en los indicadores sociales – combinadas con los aportes críticos a los conceptos de enfermedad como antónimo de salud y el aumento de las desigualdades en el acceso a las acciones de salud impuestas por dichas industrias médicas – tuvieron como corolario la caracterización del proceso de modernización conservadora del desarrollo

capitalista. Este modelo, desarrollado originalmente en Alemania y Japón, expresa el pacto político conservador entre la naciente burguesía y los terratenientes oligarcas con el fin de construir una sociedad capitalista, totalitaria y autocrática. Esta vía de desarrollo capitalista es diferente de la vía adoptada por países como Inglaterra, Francia y Estados Unidos, donde las revoluciones burguesas han dado lugar a violentas rupturas con el antiguo régimen y proporcionaron una base económica y social independiente en las sociedades capitalistas y democráticas.

En Brasil, la modernización conservadora condicionó la formación de una burguesía dependiente, que no presentó un proyecto de poder autónomo y hegemónico para la nación, llevándola así a un patrón de economía dependiente de la dinámica de los países centrales: subdesarrollada, en términos estructurales, y autocrática. Por eso, el sanitarismo y la salud pública desarrollista se consideran reduccionistas, al confundir desarrollo con industrialización y al debitar exclusivamente al crecimiento económico la mejora de las condiciones de vida y salud<sup>14</sup>. Raras veces las élites económicas nacionales vincularon el proceso de acumulación de su riqueza a algún tipo de proyecto nacional y popular<sup>15</sup>.

En este sentido, la producción teórica que considera lo social como determinante de las condiciones de salud y los profesionales de la salud como sujetos de la práctica política, visando a la transformación social, no estableció conexiones directas con las teorías del desarrollo económico de Furtado, que destacaban el proceso imitativo de nuestro desarrollo y las tendencias atávicas de la sociedad al elitismo y la exclusión social<sup>4</sup>. Furtado, al contrario, defendía la importancia que el Estado fuera el agente emprendedor y definidor de la orientación del progreso tecnológico, para que él no representase la transposición de un patrón que corresponde al centro. Abogaba que esta era una condición sine qua non para la modernización de las estructuras sociales, en lugar de la exclusión de las mayorías desfavorecidas que se produjo en el proceso de industrialización nacional<sup>16</sup>.

En la dirección contraria a la orientación de Furtado, las contradicciones entre los efectos del crecimiento económico de Brasil y la mejora de las condiciones de vida de la población – el perfil de morbilidad y mortalidad, por ejemplo – han hecho que la expresión “desarrollismo” pasase a designar un modelo que debe ser superar desde finales de la década de 1960<sup>17</sup>.

Como resultado, en Brasil, la expresión “complejo médico-industrial” conservó su con-

notación original restrictiva y se diseminó con dos sentidos<sup>18,19</sup>. El primer sentido, de carácter descriptivo instrumental, correspondía a los intereses capitalistas de aumento de las prácticas consumistas de medicamentos y procedimientos médicos y hospitalarios, fundamentando la extensión de la cobertura por medio de los servicios básicos de salud. Por el contrario, la segunda acepción dio un sentido explicativo al término, cuando le atribuyó la capacidad de comprender las desigualdades estructurales en el acceso a los servicios y bienes de salud. Fueron necesarias dos décadas para que el vigor y la originalidad de la contribución de Furtado subvencionara la reflexión sobre la Salud Pública en Brasil (especialmente con respecto a la comprensión del subdesarrollo coetáneo a un desarrollo industrial que profundiza las desigualdades estructurales y la adopción del desarrollo intencional y planificado de formas económicas más sofisticadas).

De hecho, la redemocratización de Brasil y la calificación de la salud como un derecho universal hicieron aflorar la necesidad de afrontar el reto de encaminar la participación de la salud en el patrón de desarrollo nacional, en el que la producción y la difusión tecnológicas son extremadamente asimétricas y con frecuencia disociadas de las necesidades locales de progreso técnico y conocimiento<sup>20</sup>.

Al mismo tiempo, la necesidad de buscar un camino de desarrollo que pretendiese superar definitivamente el atraso nacional en relación con los países centrales trajo ideas de Furtado nuevamente al debate. Especialmente, se destaca la noción de que la superación de un modelo marcado por la dependencia y la exclusión social pasaría por la aproximación de los sistemas de bienestar social y de innovación nacional, valorando incluso el papel de la investigación científica y tecnológica en los modelos exitosos de desarrollo<sup>21</sup>.

Específicamente en el campo de la Salud Colectiva, el rescate del concepto de Furtado parecía satisfacer la necesidad de problematizar el contexto en el que se observan simultáneamente los determinantes sociales y el progreso técnico de la nación, proporcionando la comprensión de la salud no como un medio, sino como parte indisoluble del desarrollo de las naciones, ya que el “desarrollo” incluye la interrelación entre el tejido social y el tejido económico.

En este contexto, el desarrollo de un país estaría estrechamente relacionado con las oportunidades disponibles para la población con miras

a su bienestar, de manera que una política de desarrollo nacional debería ser capaz de permitir la realización de las potencialidades culturales de su población, conduciendo a la homogeneización de esta sociedad<sup>4</sup>. De esta forma se reafirma la necesidad no sólo de subvencionar la inducción de la tasa de progreso técnico, sino de guiar las nuevas tecnologías para seguir los caminos socialmente deseables y sostenibles.

Sobre este punto, cabe destacar que el desarrollo tecnológico no es neutro, ya que influye en el patrón de la sociedad al mismo tiempo que la orientación socioeconómica y las institucionalidades de una nación en particular lo hacen<sup>22</sup>. La acción pública debería promover trayectorias e innovaciones tecnológicas redirigidas a la búsqueda del bienestar colectivo, interrumpiendo la reproducción de patrones de consumo de las minorías<sup>23</sup> establecidos en el origen de nuestro proceso industrial y perpetuados hasta hoy, a expensas del bienestar y las condiciones de vida y trabajo de la gran mayoría de la población brasileña.

Teniendo en cuenta este referencial crítico, Gadelha<sup>5,24</sup> desarrolla, en Brasil, el concepto de complejo económico e industrial de salud (Ceis), que busca captar, en la perspectiva de la salud, su dimensión sanitaria y económica. De ese modo, él buscó la construcción de un vector de conexión entre el acceso universal a la salud, la calidad de las acciones del SUS y la reducción de la dependencia económica en áreas estratégicas, recuperando también la perspectiva del desarrollo. Este concepto, que se refiere a un conjunto seleccionado de actividades productivas que mantienen relaciones intersectoriales de compra y venta de bienes y servicios intensivos en conocimiento<sup>5</sup>, alude a una base de producción que articula las tecnologías “portadoras de futuro” – biotecnología, nanotecnología, química fina, ingeniería de precisión, nuevos materiales, tecnología de la información y la comunicación, entre otras – esenciales al desarrollo nacional. Por lo tanto tiene un triple aspecto: cognitivo, analítico y político. Además, resulta de un enfoque sistémico de la producción de una variedad de productos – como medicamentos, equipos, diversos materiales y productos para el diagnóstico –, influenciados por políticas económicas, relaciones geopolíticas y cadenas de valor globales, destinados a las organizaciones de servicios de salud – impulsadas por las necesidades de salud pública y políticas públicas – y condicionados por su capacidad instalada<sup>25</sup>.

### El contexto contemporáneo

En Brasil, la redemocratización y la calificación de la salud como un derecho universal pusieron de manifiesto la necesidad de enfrentar el reto de encaminar la participación de la salud en el patrón de desarrollo nacional, en el que la producción y la difusión tecnológica son extremadamente asimétricas y con frecuencia disociadas de las necesidades locales de progreso técnico y del conocimiento<sup>20</sup>.

La tarea exigió – y todavía exige – el esfuerzo de detallar y comprender la estructura y la dinámica de las organizaciones e instituciones que participan en el sistema de salud, así como de reflexionar sobre sus conexiones con el desarrollo económico y social, su sostenibilidad y la movilización política. También requiere el establecimiento de políticas que sean capaces de proporcionar una agenda virtuosa orientada a conciliar la coexistencia de intereses a principio antagónicos. Implica, además, recuperar el papel de la ciencia en el sentido de, con base en la profundización de la percepción de la realidad social, buscar superar montajes conceptuales sin raíz en nuestra historia, a partir de la auscultación y la traducción de las fuerzas sociales que siguen sin medios propios de expresión en Brasil<sup>4</sup>.

Siguiendo esta vertiente, la comprensión sistémica de la salud, también teniendo en cuenta las condiciones económicas y políticas y la base productiva (Ceis) movilizadas por este campo del conocimiento, incorpora dos significados: “desarrollo” y “salud”. El primero deriva del concepto propuesto por Furtado cuando defiende que el desarrollo deba ser correlacionado con un proceso de homogeneización social, acompañado de un sistema de producción eficiente, con suficiente autonomía tecnológica y adecuado (en el análisis en cuestión) al perfil epidemiológico de la población, de modo que el acceso universal a la salud sea sostenible<sup>23,25</sup>. El segundo considera la salud como articuladora de procesos de producción de bienes y servicios en el ámbito de una gama de sectores e instituciones que interactúan de una manera sistémica. Se caracteriza, por lo tanto, la politización del concepto, consecuencia de su inclusión en la conformación de Estados de bienestar en las economías en desarrollo, además de una concepción más amplia de la comprensión de la salud.

La comprensión de que la democratización del acceso a los servicios en Brasil pasa por la necesaria autonomía de la producción y la orientación de las trayectorias tecnológicas de innova-

ción en salud ha sido objeto de debate en la 8ª Conferencia Nacional de Salud en 1986. Se discutieron los problemas derivados de los intereses dicotómicos de la salud – que se caracterizan por el riesgo de subyugar los procesos relacionados con la generación, uso y difusión de la innovación en salud a los intereses de las grandes multinacionales y del capital financiero –, capaces de causar efectos nocivos para la mayoría de la población<sup>26,27</sup>. En ese momento, después de la larga crisis instaurada desde el inicio de la década de 1980, los avances económicos y sociales eran indudables y podían observarse, por ejemplo, en las bajas tasas de inflación, las tasas de interés más bajas, la mejora de las condiciones de consumo de parte significativa de la población, la reducción de la vulnerabilidad externa a través de la reducción de la deuda y la expansión de las reservas internacionales, los intentos de corrección del rumbo del tipo de cambio y las políticas de crecimiento económico, que señalizaban una perspectiva favorable frente a la crisis mundial. Sin embargo, al mismo tiempo no había sido superada la agenda del subdesarrollo brasileño.

En la década de 2000, se reanudó el debate sobre los rumbos del desarrollo nacional y, en este contexto, se destacó el papel del sector de la salud, por ser intensivo en ciencia y tecnología y tener potencial para profundizar y dirigir el tejido productivo de forma a compatibilizar la estructura de oferta con la demanda social de la salud<sup>28</sup>. Es una perspectiva que lograría superar el patrón de modernización/marginación característico de la génesis del desarrollo nacional.

Consistente con esta percepción y con una orientación macropolítica de defensa de los derechos fundamentales, la importancia de la universalidad y la recuperación del mercado de consumo de las masas, se observa, sobre todo a partir de ese período, una serie de directrices y medidas que colocan el campo de la salud – o por lo menos su base de producción – en el centro de la agenda de desarrollo nacional. Esta percepción ha permitido que la salud fuese reconocida como una variable estratégica para el desarrollo sostenible y competitivo en Brasil, tanto en el ámbito institucional como en el científico.

En el ámbito institucional, el lanzamiento de la nueva Política Industrial, Tecnológica y de Comercio Exterior, en 2004, colocó la salud en la perspectiva de la agenda industrial y de desarrollo, hecho que luego fue seguido por un conjunto de políticas y programas editados por el Poder Ejecutivo Federal (Más Salud, PACTI, PDP, Plan Brasil Mayor, ENCTI, PROCI, entre otros),

dando al sistema productivo de salud status de área estratégica de gobierno. Además, el creciente reconocimiento que se da a este protagonismo se manifestó en acciones y programas de fomento, que fueron orientados, al menos en teoría, por un enfoque intersectorial y sirvió de base para el mapeo y la adecuación del marco regulatorio, todo con el fin de favorecer la producción en la salud dirigida por lo que se entendía ser la demanda de la población, con base en el uso del poder adquisitivo del Estado. A pesar de estas iniciativas, la fragilidad de la base productiva del sector de la salud sigue siendo un reto sectorial y también a la agenda más amplia de desarrollo nacional.

En el campo científico, hay una creciente búsqueda de profundizar los conocimientos sobre las diversas dimensiones que relacionan el campo de la salud al del desarrollo. En 2012, el tema del 10º Congreso Nacional de Salud Colectiva fueron las relaciones entre salud, desarrollo e innovación. El debate propuesto, “Salud es desarrollo: la ciencia para la ciudadanía” (traducción libre), parecía traducir la comprensión de los desafíos que la reforma de salud se enfrenta ahora con el fin de tornar efectivos los principios del SUS. Reflejó el reconocimiento por parte de la comunidad científica de la importancia de la innovación en salud y las consecuencias de no existir una base de producción capaz de adaptarse a las necesidades de la Salud Colectiva. A pesar del esfuerzo para dar centralidad a la cuestión, pocos estudios han abordado el sistema de salud contemplando en su análisis la importancia de la autonomía de su base productiva para la sostenibilidad del SUS y la orientación de la política nacional de desarrollo. Esto revela un desafío adicional, el de avanzar en esta discusión dentro del campo de la Salud Colectiva.

La importancia de profundizar el entendimiento y la comprensión de los aspectos inherentes a la relación entre el campo de la salud y del desarrollo está claramente evidente debido a la constatación de la interrelación y la incidencia de elementos políticos, institucionales, sociales y económicos en el direccionamiento de las trayectorias nacionales de innovación y de la dinámica global de inversiones y en los avances todavía tímidos en la formación de conocimiento científico.

### Consideraciones finales

Cada vez más se reconoce que las desigualdades sociales y económicas de la población implican la iniquidad de acceso a las condiciones mínimas

para una vida sana, mientras que la transformación de la demanda por asistencia en demanda por salud es un proceso histórico, social y cultural brasileño.

El despertar del interés de los economistas por la salud está relacionado tanto con su comprensión como un bien, una industria, un mercado, como por sus efectos fiscales y la necesidad de equilibrar las cuentas públicas. Es importante distinguir este campo de la economía de la salud de aquel, tratado en este artículo, de la reflexión sobre salud y desarrollo, que problematiza el hecho de que gran parte de la población mundial vivía (y vive) en condiciones de pobreza extrema, cuyo enfrentamiento demanda la adopción de políticas específicas para revertir esta situación y mejorar el nivel de bienestar económico<sup>29</sup>.

En Brasil, dos vertientes de interrogación surgieron de la reconexión entre la salud y el desarrollo. La primera se refiere al análisis de los problemas del desarrollo económico nacionales todavía bajo la lente del “desarrollismo” y la controversia aquí gravitó en torno a la posibilidad de “reanudar el desarrollo”, del “nuevo desarrollismo” o de la necesidad de afirmar un patrón de desarrollo para los cambios que se produjeron en el mundo y en Brasil en la década de 1990. La segunda correspondía a la valoración de las inversiones, sobre todo las de fuentes públicas, destinadas a la salud a través de su reconocimiento como derecho del ciudadano y deber del Estado; las preocupaciones identificadas aquí se dirigieron a las posibilidades y los límites de las aplicaciones de recursos en el sector, teniendo en cuenta las prioridades sanitarias.

Ya el resurgimiento del tema “salud y desarrollo” en la agenda pública se caracterizó por el reconocimiento de que las inversiones en salud pueden, además de mejorar la calidad de vida de las personas, atribuir a este sector un patrón de crecimiento más alto que los otros, ya que es un segmento altamente innovador y empleador, que fomenta todavía más las inversiones. Suponiendo que “el Estado y el Capital son inseparables”, los estudiosos de la Salud Pública, conjuntamente con otros pensadores, se dispusieron a evaluar cuál sería el Estado a ser reconstruido y el carácter de sus relaciones con el capitalismo.

Bajo el punto de vista del desarrollo, se recurrió a la contribución de Celso Furtado, que diagnosticó el subdesarrollo de Brasil como un problema estructural, caracterizado por la posición que ocupamos en el proceso capitalista mundial, es decir, por la subordinación y la vinculación a la expansión de países desarrollados, así como

por la reproducción de patrones de consumo y producción contextualizados en otras culturas y propiciados por una etapa de desarrollo distinta de la brasileña.

De hecho, la superación de las condiciones de subdesarrollo exige la promoción de cambios estructurales, la afirmación cultural y una construcción nacional soberana de desarrollo. Por lo tanto, es una tarea compleja que requiere la democratización y la participación popular en los procesos de toma de decisiones definidores de las políticas económicas. De esta forma, luchar por un futuro diferente, pensando y actuando desde la “matriz de Furtado”, implica la necesaria comprensión del contexto histórico presente y la no repetición de relaciones de dependencia ocurridas en el pasado.

Desde la perspectiva de la salud, se cuestiona el crecimiento económico que no lleva a la superación del subdesarrollo. Se defiende una vía de desarrollo que sea capaz de proporcionar, al mismo tiempo, el progreso técnico y la profundi-

zación de la democratización, comprendiendo la confrontación de las condiciones nada igualitarias en diferentes regiones del país. Una planificación inteligente, democrática, y una adecuada acción estatal, según ha destacado Furtado, demandan el combate de las desigualdades, las inequidades y del desempleo, es decir, ampliar el papel del Estado con el fin de reorientar la relación que se establece entre el Estado y el Capital, incluso para cuestionar el capitalismo. Se destaca la importancia, por él atribuida, de contrastar la lógica de los fines (que se refiere a nuestra sociedad, nuestra cultura) con la de los medios (que se refiere a la razón instrumental inherente exclusivamente a la acumulación económica), y la importancia de considerar valores sustantivos que expresan el interés de la colectividad en su conjunto.

Por lo tanto, una articulación virtuosa entre la salud y el desarrollo requeriría el establecimiento de políticas capaces de conciliar la coexistencia armoniosa de los antagonismos existentes entre los intereses del capitalismo y del bienestar social.

## Colaboradores

LS Costa fue responsable por la concepción, delineamiento, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del artículo a ser publicado. L Bahia tuvo participación en la concepción, delineamiento, redacción y revisión crítica de la versión final del artículo a ser publicado. PSC Braga tuvo participación en el delineamiento y en la redacción del artículo a ser publicado.

## Agradecimientos

Este artículo contó con el apoyo del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, y de la Escuela Nacional de Salud Pública Sérgio Arouca, de la Fiocruz.



## Referencias

1. Escorel S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
2. Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, UNESP; 2003.
3. Furtado C. *Dialética do Desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura; 1964.
4. Furtado C. *Em busca de novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea*. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
5. Gadelha CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Cien Saude Colet* 2003; 8(2):521-535.
6. Safatle V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Sci Zudia* 2011; 9(1):11-27.
7. Canguilhem G. *Lo normal e lo patológico*. México: Sigilo XXI; 1971.
8. Arouca ASS. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.
9. Waitzkin H. A Marxian interpretation of the growth and development of coronary care technology. *Am J Public Health* 1979; 69(12):1260-1268.
10. Mechanic D. The growth of medical technology and bureaucracy: implications for medical care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1977; 5(1):61-78.
11. Relman AS. The new medical-industrial complex. *N Engl J Med* 1980; 303(17):963-970.
12. Haguenaer L. *Os complexos industriais na economia brasileira*. Rio de Janeiro: IEI/UFRJ; 1984. (Texto para discussão, 62).
13. Paelinck J. A teoria do desenvolvimento regional polarizado. In: Schwartzman J, organizador. *Economia regional*. Belo Horizonte: Cedeplan/Cetred; 1977.
14. Labra ME. *O Movimento Sanitarista dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil* [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1985.
15. Fiori J. A propósito de uma “construção interrompida”. In: Tavares MC, organizador. *Celso Furtado e o Brasil*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2001. p. 33-75.
16. Furtado C. *Subdesenvolvimento e estagnação na América Latina*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1966.
17. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América. *Cuad Méd Soc* 1986; 37:3-18.
18. Conferência Nacional de Saúde. In: *Anais*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 1980.
19. Cordeiro H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal; 1985.
20. Gadelha CAG, Costa LS. Saúde e desenvolvimento no Brasil: avanços e desafios. *Rev Saude Publica* 2012; 46(Supl.1):13-20.
21. Furtado C. *Teoria e política do desenvolvimento econômico*. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural; 1986.
22. Tigre PB. *Gestão da inovação: a economia da tecnologia do Brasil*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
23. Furtado C. *O capitalismo global*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1998.
24. Gadelha CAG. *Estudo da competitividade de cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas livres de comércio (Cadeia: Complexo da Saúde)*. Campinas: IE/NEIT/Unicamp/MCT-Finep/MDIC; 2002. Nota Técnica Final.
25. Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa P, Costa LS. *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
26. Vianna CMM. *A indústria de equipamentos médicos: uma análise da evolução e estrutura de mercado*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social; 1995. (Estudos em saúde coletiva, 133).
27. Vianna CMM. Estruturas do Sistema de Saúde: do complexo médico-industrial ao médico-financeiro. *Physis* 2002; 12(2):375-390.
28. Gadelha CAG. Desenvolvimento e saúde: em busca de uma nova utopia. *Rev Saúde em Debate* 2007; 19(71):326-732.
29. Teixeira A. Saúde e desenvolvimento: notas para uma agenda de debates. *Texto para o X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*; 2012.

Artículo sometido el 25/08/2016

Aprobado el 28/11/2016

Versión final sometida el 06/02/2017

