



 **realidad
económica**

Nº 335 · AÑO 50

1° de octubre al 15 de noviembre de 2020

ISSN 0325-1926

Páginas 131 a 145

DERECHOS HUMANOS

La mano visible del Estado y la mano invisible del mercado. ¿Por qué la salud es más que un contrato entre partes?

María José Luzuriaga*, Marina Gabriela Zunino**,
Valeria Natividad Almirón*** y Nasim Iusef Venturini****

* Doctora en Salud Colectiva por la Universidad Federal de Río de Janeiro. Integrante de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS) y del Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde. (GPDES) UFRJ. Docente e investigadora de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), 29 de Septiembre 3901, Remedios de Escalada (CP 1832), Buenos Aires, Argentina. mariajoseluzuriaga@gmail.com

** Doctora en Salud Pública por la Escola Nacional de Saúde Pública de la Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ). Integrante de la RAIIS. Docente e investigadora de la UNLa. ga.zunino2012@gmail.com

*** Licenciada en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes. Investigadora en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Integrante de la RAIIS. Becaria CONICET/ UNLa. vnalmliron@gmail.com

**** Licenciado en Economía por la Universidad Nacional de La Plata. Integrante de la RAIIS e investigador del Centro Universitario de Farmacología de la Universidad Nacional de La Plata (CUFAR-UNLP), Calle 8 N° 483, 2° piso, La Plata (CP 1900), Buenos Aires, Argentina. nassim.iusef@gmail.com



Introducción

La pandemia del COVID-19 ha evidenciado para todos algo que la epidemiología conoce desde su origen: la salud individual está en estrecha relación con la salud social o colectiva. Su cuidado –eje de los sistemas sanitarios– es entonces el pilar del cuidado colectivo, que se organiza en torno a la salud pública (en el sentido poblacional).

Es así que el funcionamiento del sistema de salud requiere registrarse por algunas direcciones comunes sobre todo en Argentina, donde el sistema es sumamente segmentado, fragmentado y desigual. Estos rasgos se suman a la poco articulada y coordinada interdependencia entre los subsectores (público, privado y seguridad social). Los modelos que excluyen la posibilidad de comprender los límites difusos y muchas veces inexistentes entre los subsectores desconocen el real funcionamiento del sistema sanitario.

El sistema sanitario se ha conformado históricamente a partir de sucesivas políticas. Toda política pública expresa una relación entre el Estado, el mercado y la sociedad. Más aún: las políticas públicas funcionan como límite para el desarrollo de los mercados, así como también son condición de posibilidad para su funcionamiento. Como es sabido, desde los inicios del capitalismo se constata la necesidad de que el Estado se ocupe de las funciones del bienestar social y de que responda por las consecuencias sociales producidas por el propio sistema.

En este sentido resulta oportuno recordar que no existe mercado sin Estado. Como nos advierte un referente de estudios sobre antropología económica, Polanyi (2000): la economía de mercado es una construcción institucional que fue creada por los gobiernos y no fue resultado espontáneo o natural de las motivaciones o los deseos de los miembros de la sociedad. Con este planteo busca refutar la naturalización de la idea de mercado propuesta por la economía política clásica.

La única distinción que debiera tener la política pública de salud es la relativa a las necesidades de atención. No obstante, en nuestro país, la cobertura depende de las capacidades financieras de cada ciudadano y esto se acentúa ante la falta de políticas nacionales compensatorias adecuadas (Cetrángolo y Goldshmitt, 2020).

A continuación desarrollamos algunos aspectos relativos a la interdependencia entre los subsectores del sistema sanitario, el papel del Estado, la imposibilidad de pensar la salud como un contrato entre partes, la dificultad de reflexionar en torno al sector privado como un mercado virtuoso regido por actores cuyos comportamientos se basan en la racionalidad perfecta, la conducta maximizadora, y el carácter egoísta. Supuestos ampliamente criticados por diversas escuelas y de difícil aplicación al campo de la salud.

La falsa autonomía de los subsectores de nuestro sistema de salud

En línea con el siguiente planteo de Rovere (2004), sostenemos que se hace particularmente necesario evitar respuestas segmentadas para entender y pensar las políticas para nuestro sistema:

...el pensamiento sectorial parece concentrado en moldear la oferta con un mercado desinterés por la situación social y epidemiológica como si la oferta necesaria fuera la simple proyección de una lucha de modelos y no la respuesta a las necesidades de la población. (p.9)

Como señalamos en una nota anterior, en la organización y el financiamiento del sistema sanitario argentino se denota una fusión de lo público con elementos de lo privado. Por un lado, los hospitales y servicios de salud prestan atención gratuita a quien lo demande, el financiamiento es principalmente a partir de recursos fiscales, y es esporádicamente incrementado a partir de pagos ocasionales por parte del sistema de seguridad social cuando en los hospitales se atiende a sus afiliados. Por otro lado, están las empresas de medicina privada con escaso marco regulatorio estatal y cierto uso del sistema público sin retribución. En cuanto a las obras sociales, que en su mayoría pertenecen a organizaciones de trabajadores, poseen un papel preponderante en el interjuego del sistema de salud en su conjunto

al gravitar entre lo público y lo privado, y al establecer alianzas y vínculos tanto con sectores del Estado como con empresas privadas (Luzuriaga, Zunino y Díaz Córdoba, 2020).

Se hace evidente entonces que no existen subsectores autosuficientes ni con capacidad autorregulatoria por fuera del sistema. En la misma medida, el sector privado de la salud, como cualquier sector de la economía de un país, no puede disociarse de las políticas públicas que lo constituyen y lo regulan con las limitaciones que las normativas puedan tener para lograr un comportamiento más o menos armónico entre los diversos intereses en juego.

En Argentina, dada la naturaleza de las cargas sociales, un mismo ciudadano puede ser usuario de los tres subsectores: en su trabajo en relación de dependencia accede a la obra social que se le asigna, o si es trabajador independiente se le da la opción entre varias obras sociales para que opte por una de ellas. Aun contando con una obra social, muchos ciudadanos pueden acudir al sistema público. Éste es un caso común, por ejemplo, en el Conurbano bonaerense por cuestiones de cercanía, o en las provincias del interior del país. A pesar de contar con cobertura del subsector de la seguridad social y o de la medicina prepaga, muchos ciudadanos se atienden en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) más conocidos como “la salita del barrio”. Allí acceden a los servicios de enfermería para vacunar a sus hijos, tomarse la presión arterial o consultar al médico clínico, etc. Más aún: frecuentemente recurren a los hospitales públicos para prácticas de mayor complejidad, como intervenciones quirúrgicas que necesitan de especialidades médicas no disponibles en su obra social.

134

Otro ejemplo de la superposición de coberturas es el caso de la mayor parte de los accidentes de tránsito. Allí, independientemente de la o las coberturas del usuario, el traslado y la atención inicial se realizan a una institución pública en la que los profesionales y técnicos, así como los recursos básicos, son aportados por el Estado.

Posteriormente, si el paciente permanece en la institución pública –en el caso de que la complejidad de su situación impida el traslado– y necesita algún insumo

extraordinario (como una prótesis), puede solicitar y lograr que la obra social o la prepaga cubran ese gasto (Luzuriaga, Zunino y Díaz Córdova, 2020).

Otra expresión significativa de los estrechos vínculos entre subsectores es el crecimiento del sector privado en función de la seguridad social, cuestión que podemos evidenciar a partir de dos momentos claves en la configuración de nuestro sistema. Sostiene Luzuriaga (2018):

En la década de 1970 se produce una gran expansión de las obras sociales (75% de la población se encontraba cubierta bajo el régimen de obras sociales que se consolida con la Ley N° 18.610). Paralelamente se consolidan los prestadores privados, como clínicas y sanatorios, principalmente por las contrataciones que realizan las obras sociales con estos proveedores para cubrir la creciente demanda de sus afiliados por falta de infraestructura propia. (p.288)

En la década de 1980 se amplía el alcance de las empresas de medicina prepaga: entre 1981 y 1990 se crean 57 entidades, sumándose a las 60 empresas que habían ingresado al sector en los 20 años anteriores, entre 1961 y 1980. En los 90 se observó un crecimiento del sector fuertemente favorecido por la política de libre elección de las obras sociales. El siglo XXI se inicia con un sector privado altamente concentrado y oligopolizado, dominado por la conformación de grandes grupos empresarios como Galeno, Swiss Medical, OSDE Binario, OMINT y MEDICUS, que se convirtieron en las líderes del sector cubriendo entre el 75 y 80% de la población afiliada a las empresas de medicina prepaga. (p.289)

La gran concentración de afiliados en pocas empresas de medicina prepaga, muestra tanto las deficiencias del mercado para generar condiciones de equilibrio como los límites o dificultades del Estado para evitar comportamientos abusivos o competencia desleal. Tales han sido las irregularidades del sector que resulta pertinente citar algunos de los fundamentos que sostiene una de las autoras de la ley que regula el sector cuando se presenta el proyecto en 2007 (Luzuriaga, 2018):

Desde su cargo de subsecretaria de Defensa del Consumidor, debió lidiar más de una vez con las empresas de medicina prepaga por aumentos inconsultos o por prácticas denunciadas por los afiliados como “desleales” o “abusivas”. Hoy, como di-

putada nacional del FPV, Patricia Vaca Narvaja sostiene los mismos criterios, cuestionando el rol de las empresas de medicina prepaga, sus prácticas monopólicas en materia de precios y su posición dominante, no solo frente a los usuarios del sistema sino también con respecto a sus proveedores: las clínicas, los laboratorios de análisis y los médicos, entre otros. (p. 85)

Como en muchos aspectos, la realidad de nuestro país no se limita a la que se vive en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) o los grandes centros urbanos. Existen lugares en los que ni las empresas de medicina prepaga ni las obras sociales cuentan con efectores para brindar las prestaciones si bien existe población que cuenta con cobertura de tales organizaciones. En estos lugares, el sector público es el único subsector que da respuesta. A esto se le suma que los sistemas de recupero de gastos hospitalarios son poco eficientes en la mayoría de los casos. De esta forma se concreta un financiamiento cruzado del sector público hacia el sector privado cuando el primero cubre las necesidades de atención de todas las personas, independientemente de su situación de cobertura.

En términos de recursos podemos afirmar que en nuestro país no son pocos los destinados a la atención sanitaria. En el trabajo *¿Cuánto gasta Argentina en Salud?*, de 2019, se indica que en el país el Gasto Total Corriente en Salud para 2017 representó el 9,4% del Producto Bruto Interno (PBI). El Gasto Total se compone por el Gasto Privado en Salud, que representó el 2,8% del PBI, y por el Gasto Obligatorio en Salud, que representó el 6,6%. A su vez, este último se compone por el Gasto del Sector Público (2,7% del PBI) y por el Gasto de la Seguridad Social (3,9% del PBI) (MSDS, 2019).

Este estudio muestra que en 2017 el sector privado le dio cobertura a alrededor de 6 millones de personas (13,6% de la población), incluyendo aquí a trabajadores que optan por destinar sus aportes a las empresas de medicina prepaga o cuentan con doble cobertura. El sector de la seguridad social cubre 27,6 millones de personas (62,7% de la población), repartidos entre las obras sociales nacionales, las provinciales y al Instituto Nacional de Seguridad Social, Jubilaciones y Pensiones (INSSJP- PAMI). Quienes no cuentan con cobertura formal en salud son atendidos por el sector público en sus tres niveles y se estima que aproximadamente son 15,3

millones las personas con cobertura pública exclusiva. En este último número no se contabilizan las personas con cobertura formal que hacen uso de la salud pública.

Sobre construcciones semánticas

Equiparar crisis económica con crisis sanitaria:

La alusión a las crisis por parte del sector privado de la salud es recurrente en sus pronunciamientos frente a determinadas políticas o para hacer pública una posición sectorial. Resulta oportuno traer el relato de una de las principales cámaras del sector, ADEMP (2010, citado por Luzuriaga, 2018), que hace referencia al contexto de surgimiento de las empresas de medicina prepaga y subraya una serie de motivos, entre los cuales coloca una supuesta ineficiencia del sector público como causa del crecimiento y relevancia de éstas para la sociedad:

Corrían los fines de la década del 60 y principios de los 70, no solo ya comenzaba a instalarse la crisis del sistema de atención médica en el ámbito público, sino que el Estado empezaba a querer desentenderse de una de sus obligaciones básicas y principales, la salud de su población [...]. Ello originó en la gente una total desconfianza en cuanto a la capacidad del Estado y de ciertas organizaciones de origen no estatal para financiar, administrar y brindar cobertura médica de calidad y excelencia [...]. Es ahí precisamente, en ese contexto y para satisfacer tan importante necesidad, donde gracias a la visión, principios y la permanente e inagotable constancia de nuestro sector, nacieron las entidades de cobertura médica privada (p. 99).

A su vez, en línea con lo que advierte Rovere (2004), la enunciación de una crisis económica provocada por la interferencia estatal en sus decisiones de negocios, lo que afectaría supuestamente al sector privado –en contraposición a la crisis sanitaria que nos afecta a todos–, no es un recurso nuevo para obtener beneficios fiscales y/o financieros. Cuando esta enunciación es escuchada por un Estado que transfiere recursos hacia ese sector sin atender a los otros, el efecto es un fuerte impacto en la salud colectiva, como lo demuestran los resultados de esta inequitativa transferencia de la década de los 90 (Rovere, 2004):

Así, en el mundo de las construcciones semánticas emergencia sanitaria en el país pasa a traducirse como crisis de financiamiento de los prestadores privados y desabastecimiento de medicamentos. Quedan por fuera de la emergencia sanitaria los hospitales públicos abarrotados de pacientes, desabastecidos y con un deterioro progresivo de su infraestructura y sobre todo queda por fuera la misma situación sociosanitaria de la población que durante 2002 se ve sometida a un aumento de la mortalidad infantil, un significativo incremento de los nacimientos de bajo peso, a un aumento de la mortalidad materna y a una transferencia significativa de pacientes desde el subsector privado al público. (p.8)

Equiparar salud con seguro de salud:

Dos hechos no terminan de ser entendidos: que el COVID-19 puede infectar a cualquiera, y que si se satura el sistema sanitario no está garantizada la atención de nadie, tampoco de aquellos que tienen prepaga. Tener un seguro de salud no garantiza la salud, en el mejor de los casos garantiza la atención en enfermedad. Dice Bahia (1999):

El seguro de salud representa una adaptación del proceso de selección de riesgos indemnizables financieramente en la medida que no es posible objetivar la salud y en consecuencia resarcirla. La reparación de las pérdidas de salud se hace a través de la prestación de servicios médicos financiados por las aseguradoras y empresas médicas. (p. 91, traducción libre)

La lógica de los seguros de prestación médica se basa entonces en la gestión de riesgos, el riesgo como probabilidad de ocurrencia de daño a la salud. Las empresas de asistencia médica son promotoras de acceso a servicios sanitarios o pagadoras de gastos médico-hospitalarios (Bahia, 1999, traducción libre). Según Uthoff y Campusano (2012), entre los problemas estructurales de los seguros privados de salud está la dificultad para generar mecanismos compensatorios adecuados y solidarios:

El problema radica en que los mercados competitivos tienden a buscar “equivalencia” entre la prima y los costos esperados en cada contrato. Por ende, no están en condiciones de generar “solidaridad” y compensan las pérdidas probables en los contratos con personas de alto riesgo mediante ganancias presumibles en los con-

tratos con las de bajo riesgo, precisamente porque la competencia minimiza ganancias previsible. (p. 148)

La no equivalencia entre salud y seguro se puede explicar en el siguiente ejemplo. La agenda empresarial no contempla las asociaciones causales entre salud y desigualdad y propone una cobertura “perfeccionada” pero dudosa en su capacidad de respuesta frente a las epidemias de obesidad, prematuridad, aumento de cánceres, violencias, entre otras. De esta manera, dicha agenda omite aspectos centrales para pensar alternativas que mejoren las condiciones de vida (Bahia, 2018). Es de suponer que podremos extender esta agenda a la actual pandemia de COVID-19.

Cabe advertir entonces el impacto significativamente diferente de las estrategias individualizadas de la medicina privada frente a las estrategias planificadas desde el Estado como respuestas a la salud pública. En el enfoque de la medicina privada, se trata de vender prestaciones (prácticas quirúrgicas, consultas, estudios de laboratorio). Las empresas las ofrecen en sus contratos de adherencia, cobran las primas según los grupos de riesgo (edad del afiliado, enfermedades preexistentes) y una vez que los clientes están cautivos emplean eficientes mecanismos para ahorrar al máximo la provisión de las prestaciones acordadas.

El fin de las políticas públicas en salud es garantizar el acceso universal a la prevención, para evitar exposiciones de riesgo antes de que ocurra el daño (por ejemplo, alimentación saludable para prevenir la obesidad); la provisión de información, para que los ciudadanos conozcan sus potenciales factores de riesgo (por ejemplo, predisposición al cáncer por antecedentes familiares); y el acceso a la atención precoz, para que las personas reciban cuidados en etapas tempranas del desarrollo de la enfermedad (por ejemplo, provisión de audífonos en niños hispanoacúsicos).

Sobre la eficiencia

Suele pensarse que el sector público es ineficiente y el privado es eficiente. Pero, ¿qué es la eficiencia? ¿Es eficiente nuestro sistema de salud? Un buen ejemplo para alertarnos sobre esta cuestión es el siguiente (Bahia, 2018):

Una ambulancia municipal no es mercancía y, si atiende muchos casos, tenderá a ser más eficiente que un vehículo similar restringido al llamado de personas que pueden pagar. Los resultados en términos de mejora de las condiciones de salud serán diferentes si el transporte de pacientes se organiza mediante criterios de gravedad clínica o de mayor capacidad de pago. En el primer caso, la mayoría de la población tendrá derecho a aumentar las posibilidades de supervivencia. Por el contrario, el impacto de las ambulancias privadas en los indicadores poblacionales tenderá a ser inexpresivo. En sistemas de salud universales, los impuestos distribuyen ingresos a lo largo de la vida de los individuos y no solo entre ricos y pobres. También sirven como un “pequeño cofre” para sustentar necesidades de salud a lo largo del ciclo de vida, que son mal o nulamente suplidas por el mercado, caracterizado por informaciones asimétricas y elevados costos de transacción.

Nuevamente resaltamos que las miradas parciales nos llevan a perder de vista la real complejidad, en este caso la de nuestro sistema sanitario.

De irrupciones, distorsiones, abusos y/o virtudes. Todo depende de quien se trate

Caracterizar situaciones generadas en el juego de los diversos actores del sector como irrupciones, distorsiones, abusos y/o virtudes resulta un punto de partida difícil para iniciar un debate sobre el rol de los actores que conforman el campo de la salud.

Diversos referentes de la medicina privada sostienen en su discurso cuestionamientos al Estado relativos a la “transferencia de prestaciones” hacia este sector, a “prestaciones costosas y excesivas” cubiertas por el Programa Médico Obligatorio (PMO), y a regulaciones difusas. Estos discursos incluyen también el fuerte cuestionamiento al papel del Poder Judicial respecto de las denuncias de afiliados a las empresas de medicina prepaga, y son sostenidos y difundidos por las corporaciones mediáticas que se posicionan en defensa de los grandes grupos económicos (como las empresas de medicina prepaga). Diarios de tirada nacional se han encargado, con lenguaje peyorativo, de narrar la implementación de políticas sanitarias concretas, relato al que suelen acudir con frecuencia. Y por otro lado, han denunciado un Estado poco presente y deficiente para responder a las demandas propias del sector.

Como ya repasamos en párrafos anteriores, uno de los puntos sobre los que arremeten es la judicialización de la salud. En Argentina este fenómeno surge fruto de las reformas ocurridas en la década del 90 y pone de relieve las inequidades (Abramovich y Pautassi, 2008) en los tres subsectores mencionados. Los usuarios del sector público, la seguridad social/obras sociales y las empresas de medicina prepaga llevan a los tribunales diversos reclamos por incumplimientos, mejoras y cobertura en el acceso a servicios y medicamentos. Lejos de ser “caprichos” o “pedidos desmedidos”, se apoyan en leyes nacionales que adhirieron a pactos y tratados internacionales que conciben a la salud como derecho y cuyo no cumplimiento constituye una violación a los derechos humanos. La justificación de estas obligaciones especiales proviene del carácter fundamental del derecho a la salud –cuya garantía estos sujetos privados han tornado a su cargo– y van más allá de un acuerdo comercial (Abramovich y Pautassi, 2008, p. 269). Los sectores que proclaman que el Estado no debe regular el funcionamiento de la medicina privada olvidan, justamente, que es el Estado el que debe intervenir para asegurar el derecho a la salud y equilibrar, de esta manera, las desigualdades entre empresas y particulares (Abramovich y Pautassi, 2008, p. 273 y 274).

Según un informe de Orchani et al (2019):

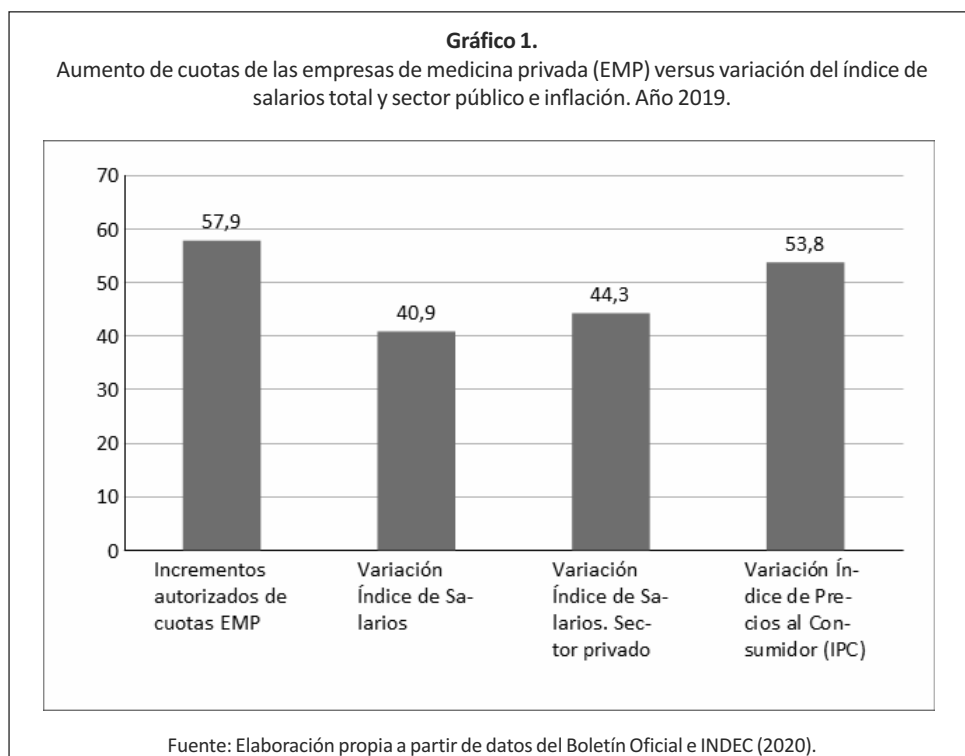
En los últimos tres años, y en especial en la primera mitad de 2019, se observa un fuerte aumento de las consultas vinculadas a salud en la Clínica Jurídica UBA-CELS. El número se incrementó más de seis veces entre 2017 y 2018. En su mayoría, las problemáticas están asociadas a la falta de cobertura de prestaciones por parte de efectores públicos, privados y obras sociales.

A pesar de la limitada información con la que se cuenta, se observa una continuidad entre el perfil de estos reclamos y los datos de un estudio realizado sobre las denuncias de los afiliados a las empresas de medicina prepaga en el periodo 2000-2008. Entre los principales motivos de denuncia se encuentran: los aumentos de cuotas, las negativas de cobertura de prestaciones y los cambios unilaterales de las condiciones del contrato. En lo que refiere a los reclamos por falta o incompleta cobertura, se observa que el 26,9% es sobre medicamentos. En segundo lugar, destaca la falta o incompleta cobertura en tratamientos, con un 24,7%. Solo con un 4%

de diferencia se ubican las denuncias que se iniciaron por la falta o incompleta cobertura en operaciones (20% del total) (Luzuriaga, 2012, p. 84).

Las dificultades para promover un debate constructivo no corren solo por cuenta del sector privado ya que el Estado también es un actor central para mediar los diferentes intereses en juego. Como ya mencionamos, la falta de coordinación, de articulación, y sobre todo la nula o deficiente regulación son aspectos que caracterizan al sector desde hace décadas y son centrales para la comprensión de los problemas del mismo.

Para mencionar un ejemplo reciente: durante los cuatro años de gobierno de la Alianza Cambiemos las empresas de medicina prepaga fueron autorizadas, mediante decretos de necesidad de urgencia (DNU), a aumentar reiteradamente las



cuotas que les cobran a sus afiliados. En 2019, las empresas de medicina prepaga subieron sus tarifas en un 57,9% (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020), mientras que la inflación general en dicho período fue del 53,8% (INDEC, 2020).

Los sucesivos aumentos llevaron a que muchos trabajadores dejaran de contar con planes superadores ofrecidos por las empresas de medicina prepaga, ya sea por la imposibilidad de pagarlos o directamente por perder el empleo. Ante esta situación se aprobó un decreto (66/2019) que posibilitó que estas empresas otorgaran planes de cobertura inferiores a lo establecido por el PMO y se avanzó así en la lógica de seguros parcializados de salud. En consecuencia, quienes sufran una dolencia no cubierta por sus planes de salud posiblemente recurran al sistema de salud pública.

Para ampliar el debate

Para cerrar queremos reforzar la convocatoria a una lectura amplia sobre las dificultades que, hoy más que nunca, afectan nuestra salud. Queremos convocarlos a un debate constructivo sobre el rol de los subsectores que conforman nuestro sistema sanitario, para pensar cuáles son las posibles y adecuadas articulaciones que no impacten negativamente en el sistema en su conjunto y protejan y aseguren la salud de todos.

La soberanía sanitaria implica numerosas cuestiones entre las que podemos mencionar: un programa integral de formación de trabajadores del área, la interacción entre el sistema científico-técnico, la innovación para responder a problemas concretos de la sociedad y la integración federal del sistema de salud para superar la fragmentación institucional (dependencia municipal, provincial, nacional). Por otra parte, para el avance en la soberanía es esencial la articulación de los subsectores considerando de mínima la complejidad de cuestiones que exponemos en este texto.

La pandemia de COVID-19 trajo nuevamente la discusión acerca del bienestar social. Con ella es necesario poner en cuestión tanto el rol del Estado como el del sector privado y el del mercado. Es así que más que certezas las reflexiones cons-

tructivas sobre la atención a la enfermedad y la salud social que queremos ameritan preguntas tales como: ¿qué niveles de desigualdad son tolerables para una sociedad? ¿Cuán desigual puede ser la respuesta de atención ante un mismo padecimiento? ¿Qué diferencias en las prestaciones de salud consideramos que pueden ser admisibles o estamos dispuestos a asumir/tolerar? ¿Cuánto de esa distribución desigual de beneficios y, como contraparte, de esa distribución desigual de carencias/vulneraciones estamos dispuestos a transformar aun a costa de resignar parte de nuestro propio bienestar?

Las injusticias generadas por sociedades altamente desiguales deberían encontrar en las políticas universales mecanismos que iguallen, que fortalezcan los espacios de interdependencia y que nos reafirmen como parte de una vida común. La política pública puede tener la capacidad de producir sentidos en tanto convoca a todos a ser parte activa de la sociedad para construir respuestas más inclusivas, solidarias y justas.

Referencias bibliográficas

Abramovich, V., & Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 4(3), 261-282.

Bahia, L. (2018). Tempestad sanitaria: La salud bajo ataque. *Revista Soberanía Sanitaria*. Recuperado de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/tempestad-sanitaria-la-salud-bajo-ataque/>.

Boletín Oficial de la República Argentina. (2020). Decretos y Resoluciones.

Cetrángolo, O., & Goldshmitt, A. (2020). El sistema de salud argentino, antes, durante y después de la pandemia COVID-19. Recuperado de <https://alquimiaseconomicas.com/2020/06/05/el-sistema-de-salud-argentino-antes-durante-y-despues-de-la-pandemia-covid-19/>.

- INDEC. (2020). Variación del índice de precios al consumidor (IPC) interanual. Diciembre 2018-2019. Recuperado de <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-5-31>.
- Justo, M. (14 de julio de 2020). Un grupo de súper ricos piden pagar más impuestos para luchas contra el coronavirus. Página/12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/278265-un-grupo-de-super-ricos-piden-pagar-mas-impuestos-para-lucha>.
- Luzuriaga, M. J. (2018). Privados de la Salud: Las políticas de privatización de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia. *Saúde em debate*, 291.
- Luzuriaga, M. J., Zunino, M. G., & Díaz Córdova, D. (6 de abril de 2020). Los privados de la salud y la pandemia. *Tiempo Argentino*. Recuperado de <https://www.tiempoar.com.ar/nota/los-privados-de-la-salud-y-la-pandemia>.
- Luzuriaga, M. J., Zunino M. G., & Díaz Córdova, D. (2020). Sistema de salud argentino: Dificultades para sintetizar una respuesta. *Revista Soberanía Sanitaria*, 7, 32-38.
- Luzuriaga, M. J. (2012). *Regulación, Medicina Privada y Ciudadanía*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Informes de la Dirección de Economía de la Salud*.
- Orchani, F., Reese, E., Adelardi, A., López Cabello, A., Sabin Paz, M., Soberón, A. S., Rodríguez, V. M., De la Vega, L., Murua, F., y Vera Belli, L. (2019). *La profundización de la desigualdad social. Las reformas en trabajo y salud. Derechos humanos en la Argentina*. (Informe).
- Polanyi, K. A. (2000). *Grande Transformação: as origens da nossa época*. Río de Janeiro: Editora Campus.
- Rovere, M. (2004, mayo). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *Revista La Esquina del Sur*.
- Uthoff, A., Sanchez, J. M., & Campusano, R. (2012). *The health insurance market: Lessons on the conflict between equivalence and solidarity*. Santiago de Chile: CEPAL.