

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

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. El cuidado de la salud -eje de los sistemas de salud- 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 regirse 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 de salud.

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 responder 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: 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 (Polanyi, 2000).

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 de salud, 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 planteo de Rovere (2004), “el pensamiento sectorial parece concentrado en moldear la oferta con un marcado 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), sostenemos que se hace particularmente necesario evitar respuestas segmentadas para entender y pensar las políticas para nuestro sistema.

Como señalamos en una nota anterior, en la organización y el financiamiento del sistema de salud 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 Córdova, 2020a).

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 dissociarse 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. Este 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 CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) 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.

Otro ejemplo de la **superposición de coberturas** es el caso de la mayor parte de los accidentes de tránsito. Cuando se trata de un accidente de tránsito, 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 cubra ese gasto (Luzuriaga, Zunino y Díaz Córdova, 2020b).

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.

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. (Luzuriaga, 2018, 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 (Luzuriga, 2018, 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:

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 diputada 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 sólo frente a los usuarios del sistema sino también con respecto a sus proveedores: las clínicas, los laboratorios de análisis y los médicos, entre otros. Extracto de nota publicada en Página 12/2017(Luzuriaga, 2018, p. 85).

Como en muchos aspectos, la realidad de nuestro país no se limita a la realidad que se vive en el AMBA o los grandes centros urbanos de nuestro país. 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 esa población. 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 de la salud. En el trabajo “¿Cuánto gasta Argentina en Salud?” del año 2019, se indica que en Argentina el Gasto Total Corriente en Salud para el año 2017 representó el 9,4% del 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% del PBI. A su vez, éste 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 el año 2017 el sector privado cubrió 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). Las personas que no cuentan con cobertura formal en salud son atendidas 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, 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 las EMP para la sociedad:

Corrían los fines de la década del 60 y principios de los 70, no sólo 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 (ADEMP, 2010, p.3 apud Luzuriaga, 2018, 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 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.

“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 el 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” (Rovere, 2004, p.8).

### **Equiparar salud con seguro de salud:**

Dos hechos no terminan de ser entendidos: que el COVID-19 puede infectar a cualquiera de nosotros y que, si se satura el sistema de salud, 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. “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” (Bahia, 1999, 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 de salud 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 contratos con las de bajo riesgo, precisamente porque la competición minimiza ganancias previsibles (p. 148). [Las negritas son nuestras]

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 de medicina prepaga ofrecen las prestaciones en sus contratos de adherencia y 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 en la salud (p.ej. alimentación saludable para prevenir la obesidad), la provisión de información, para que los ciudadanos conozcan sus potenciales factores de riesgo (p.ej. 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 (p.ej. provisión de audífonos en niños hispoacúsicos).

### **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:

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 inexpressivo. **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 (Bahia, 2018).

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

### **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 del sector privado de la salud sostienen en su discurso cuestionamientos al Estado relativos a la “transferencia de prestaciones” hacia el sector privado, a “prestaciones costosas y excesivas” cubiertas por el Programa

Médico Obligatorio (PMO) y a regulaciones difusas. Este discurso incluye también el fuerte cuestionamiento al papel del poder judicial respecto a las denuncias de afiliados a las empresas de medicina prepaga. Estos discursos 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 encargaron con un lenguaje peyorativo de narrar la implementación de políticas sanitarias concretas -discurso al que suelen acudir con frecuencia, que como dijimos más arriba-. Y por otro lado, denuncian un Estado poco presente y deficiente para responder a las demandas propias del sector.

Como ya mencionamos 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 de la salud. 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 aquellos sujetos privados han tornado a su cargo, y que 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 el Estado debe intervenir asegurando el derecho a la salud y equilibrando, de esta manera, las desigualdades entre empresas y particulares (Abramovich y Pautassi, 2008, p. 273 y 274).

Según un informe de Orchani y col. (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 en el perfil de reclamos recién mencionada al comparar los datos de un estudio realizado sobre las denuncias de los afiliados a las empresas de medicina prepaga en el periodo de 2000-2008. Entre los principales motivos de denuncia se encuentran los siguientes: los aumentos de cuotas, las negativas de cobertura de prestaciones y los cambios unilaterales de las condiciones del contrato. Entre las denuncias sobre la falta o incompleta cobertura, se observó que el 26,9% era sobre medicamentos. En segundo lugar, se destaca la falta o incompleta cobertura en tratamientos, con un 24,7%. Sólo 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).

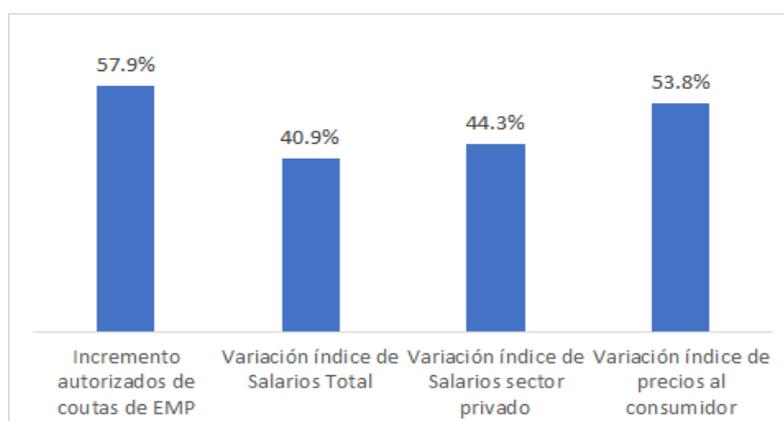
Las dificultades para promover un debate constructivo no corren solo por cuenta del sector privado ya que el Estado también es un actor central para mediar los diferentes intereses en juego. Como ya mencionamos la falta de coordinación, de articulación, y

sobre todo la falta 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 realizar **reiterados aumentos de las cuotas** que les cobran a sus afiliados. En el año 2019, las empresas de medicina prepaga aumentaron sus cuotas en un 57,9% (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020), mientras que el aumento general de precios de la economía en dicho período fue de 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 los excesivos aumentos o directamente por perder el empleo. Ante esta situación se aprobó un decreto (66/2019) que permitió que las empresas de medicina prepaga otorgaran planes de cobertura inferiores a lo establecido por el Programa Médico Obligatorio y se avanzó así en la lógica de seguros parcializados de salud. En consecuencia, en el caso de que una persona sufra una enfermedad no cubierta por su plan de salud, posiblemente recurra al sistema de salud pública.

Gráfico: Aumento de cuotas de las EMP vs variación del índice de salarios total y sector público e Inflación. Año 2019.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Boletín Oficial de Argentina (2020) e INDEC (2020).

### 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 de salud, 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 sanitarios, 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 constructivas 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 una 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 aún a costa de resignar parte de nuestro propio bienestar?

Las injusticias generadas por sociedades altamente desiguales deberían encontrar en las políticas universales mecanismos que igualen, 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. <https://doi.org/10.18294/sc.2008.345>

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

Boletín Oficial de la República Argentina (2020). Elaboración propia en base a los Decretos y Resoluciones publicadas en el Boletín Oficial de la República Argentina.

Cetrángolo O & Goldshmitt A. 2020 El sistema de salud argentino, antes, durante y después de la pandemia COVID-19 [Internet]. 6 de junio. Disponible en: <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. Disponible en: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-3-5-31>

Justo M. (2020) Un grupo de súper ricos piden pagar más impuestos para luchas contra el coronavirus. *Página/12*[Internet]. 14 de jul. de 2020. Disponible en:

<https://www.pagina12.com.ar/278265-un-grupo-de-super-ricos-piden-pagar-mas-impuestos-para-lucha>

Luzuriaga MJ. (2018). Privados de la Salud: Las políticas de privatización de los sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile y Colombia.:. Vol. 291 de Saúde em debate (Primera). HUCITEC.

Luzuriaga MJ, Zunino MG, Díaz Córdova D. (2020a) Los privados de la salud y la pandemia. Tiempo Argentino [Internet]. 6 de abr. de 2020. Disponible en: <https://www.tiempoar.com.ar/nota/los-privados-de-la-salud-y-la-pandemia>

Luzuriaga MJ, Zunino MG, & Díaz Córdova D. (2020b). Sistema de salud argentino: Dificultades para sintetizar una respuesta. Revista Soberanía Sanitaria, 7, 32-38. Disponible en:

Luzuriaga MJ. Regulación, Medicina Privada y Ciudadanía. [Tesis]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2012.

MSDS (2019) Dirección de Economía de la Salud, del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2019.

Orchani F, Reese E, Adelardi A, López Cabello A, Sabin Paz M, Soberón AS, Rodríguez VM, de la Vega L, Murua F y Vera Belli L. La profundización de la desigualdad social Las reformas en trabajo y salud. Derechos humanos en la Argentina. Informe 2019.

Polanyi K. A Grande Transformação: as origens da nossa época. Río de Janeiro: Editora Campus. 2000.

Rovere M. La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Revista La Esquina del Sur. Mayo, 2004.

Uthoff A, Sanchez JM, Campusano R. The health insurance market: Lessons on the conflict between equivalence and solidarity. Santiago de Chile: CEPAL Review 108. 2012.

**Autorxs:**

Dra. Maria José Luzuriaga; Docente/Investigadora UNLa

Dra. Marina Gabriela Zunino; Docente/Investigadora UNLa, UNDAV

Lic. Valeria Natividad Almirón; Lic. en Ciencias Sociales –UNQ, investigadora Conicet

Lic. Nasim Iusef Venturini, investigador del Centro Universitario de Farmacología de la UNLP

Integrantes de la Red Argentina de Investigadoras e Investigadores de Salud (RAIIS).

