



La salud en Argentina: ¿derecho o mercancía?

Is health in Argentina a right or a commodity?

Mario Alejandro Chavero*

Recibido: 13 de septiembre de 2022

Aceptado: 15 de noviembre de 2022

Resumen: En el presente artículo discutimos si la salud en Argentina es un derecho o una mercancía, enmarcándolo en el debate sobre el proceso de mercantilización en el sector, y abordando un aspecto en general poco considerado. En base a la teoría marxiana del valor y la acumulación, exploramos el carácter mercantil de la asistencia, la explotación del trabajo médico y su posible carácter productivo, según la relación social donde se lleva a cabo. A partir de dichas consideraciones realizamos un análisis del sistema sanitario, con un breve repaso crítico de algunas transformaciones que sufrió en los últimos años. Concluimos que la salud en Argentina, en cuanto a su dimensión asistencial, atraviesa un proceso de creciente mercantilización en todo el sistema de salud.

Palabras clave: Salud, derecho, mercancía, trabajo médico, sistema de salud.

Abstract: In this article we discuss whether health care in Argentina is a right or a commodity, framing it in the debate on the process of commodification in the sector, and addressing an aspect that is scarcely considered. Based on the marxian theory of value and accumulation, we explore the mercantile character of health care, the exploitation of medical work and its possible productive character, according to the social relation where it is carried out. Based on these considerations, we analyze the health system, with a brief critical review of some of the transformations it has undergone in recent years. We conclude that health in Argentina, in terms of its care dimension, is undergoing a process of growing commodification throughout the health system.

Keywords: Health, right, commodity, medical labor, health care system.

* Hospital psiquiátrico "Dr. A. I. Freyre", Oliveros, Ministerio de Salud de Santa Fe, Argentina. Docente invitado Programa de Contenidos Transversales, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. ORCID: 0000-0003-1332-7873. mariochavero@hotmail.com

Introducción¹

En el ámbito sanitario, es habitual confrontarse con una disputa sobre el estatuto de esta, enunciada en términos de oposición esencial: derecho o mercancía. Surge entonces una consigna que llama a la defensa de la salud como bien público, negando de manera enfática que sea una mercancía y pueda considerársela como tal.

Sin embargo, una vasta literatura da cuenta de la creciente mercantilización en el ámbito sanitario en las últimas décadas, tanto en Latinoamérica como en otros países (Baquero Vargas, 2010; Echeverry, 2013; Rieznik, 2013; Laurell, 2016, Pollock, 2016; Chiara, 2018; Waitzkin, 2018; Ballerini, A., Figueras, L. y Del Carlo, C., 2020; Díaz, 202, Iriart, s.f.).

Los estudios sobre este tema abordan de manera privilegiada, en general, uno de los aspectos del fenómeno: la imposición de compra para las prestaciones, es decir, la obligación de pago en la demanda de asistencia –sumado al desplazamiento del Estado de servicios o áreas que debería cubrir o garantizar–. Pero creemos que no llega a identificarse ni investigarse lo suficiente un punto crucial para poder comprender el problema de manera adecuada: en el proceso de la atención sanitaria es esencial, como en cualquier otra actividad humana, el análisis de la producción, del trabajo asistencial, y las características que asume según la relación social o ámbito en que se lleve a cabo. Hablamos aquí entonces de oferta y demanda como dos elementos que deben ser distinguidos, analizados y luego reintegrados en la unidad originaria: el proceso asistencial.

Además, al considerar solo el momento de la demanda, el problema aparece como inherente solo al subsector público del sistema, cuando en este se incorporan –o se extienden, o profundizan– diversas modalidades para establecer el pago del servicio.

¹ Un especial agradecimiento a José A. Tapia (Drexel University, PA) y a Mariano Treacy (Universidad Nacional de General Sarmiento) por los comentarios críticos realizados. Los errores que pudieran persistir así como las conclusiones a las que se arriban son, claro, de nuestra entera responsabilidad.





Este artículo pretende aportar a la discusión sobre la realidad sanitaria argentina, resaltando la necesidad de entender el fenómeno en toda su amplitud y complejidad, e incorporando al análisis el proceso de producción, el trabajo médico. Y cómo este, determinado a su vez por la necesidad de acumulación capitalista, es fundamental en el proceso de mercantilización en este ámbito².

Metodología

Partimos de la siguiente pregunta, a fin de orientar nuestro trabajo: ¿es la salud en Argentina un derecho o una mercancía? Esta interrogación sería legítima en tanto no nos limite a dar una respuesta absoluta, imponiéndonos una férrea dicotomía.

El sentido de la pregunta no se refiere a una proposición normativa, lo que debería ser, sino a una proposición positiva, es decir, lo que es, la situación real existente. Siguiendo a Gordon (1995) diremos que ambos tipos de proposiciones son importantes para comprender y, eventualmente, transformar la realidad. Pero resulta sustancial, para ello, su correcta distinción (p. 71).

² Una excepción al enfoque habitual en los estudios sobre este tema lo constituye el excelente análisis de Tafari, R., Chiesa, G., Caminati, R. y Gaspio, N. (2015) sobre el ciclo de valorización en salud. En el mismo se aborda el momento de la oferta médica, y se critica la “perspectiva de la fragmentación” del sistema según la cual los subsectores no estarían integrados, siendo esto el motivo de ineficacia, ineficiencia, desatención y subcobertura existentes. Para los autores, por el contrario, los subsectores se encuentran bien integrados –y el subsector público subordinado al privado– en la lógica de valorización del capital, que analizan en profundidad a partir de la teoría del valor de Marx. Realizan, también, una serie de consideraciones sumamente pertinentes sobre la relación entre el sector privado y el público. Sindicar como uno de los problemas cruciales de las fallas del sistema a la sobreproducción de procedimientos innecesarios –originado, para ellos, en la información asimétrica entre pacientes y prestadores, en la falla en la aplicación de protocolos, y en el vacío legal para el funcionamiento del sistema–. Identifican así, correctamente y de acuerdo a la teoría de Marx, el problema central e inevitable de la sobreproducción en el sistema capitalista, pero con una interpretación reduccionista y opuesta en ese punto a los postulados marxianos, que invalida la potencia de dicha teoría, lo cual queda en evidencia a partir de sus conclusiones y propuestas. Estas consisten en permitir la libre competencia entre el sector privado y el sector público, habilitando el cobro de la asistencia en este para permitir aquí también el cumplimiento del ciclo del dinero y la acumulación de capital. Propugnan, en definitiva, la completa mercantilización de la atención y, en la medida en que el ciclo de la valorización logre cumplirse, también la explotación del trabajo por el Estado como un capitalista más. Análisis marxiano de la explotación médica con propuestas clásicas del liberalismo político y la economía neoclásica: tal parece ser la curiosa fórmula de este texto.

Como marco conceptual y categorial utilizaremos la teoría marxiana, sobre todo el análisis de la mercancía, la teoría del valor y de la acumulación. A partir de allí, afrontamos los siguientes tópicos: ¿constituye la atención sanitaria una mercancía vendida y comprada en el mercado como las demás? El trabajo médico, consistente en un servicio, ¿es productor únicamente de valores de uso o puede producir también mercancías como valores de cambio? Y si esto es así, este tipo de trabajo ¿es productivo?

Algunas aclaraciones necesarias: utilizamos los términos trabajo médico, trabajo en salud o sanitario, y trabajo asistencial de manera indistinta, pues para el objetivo de esta indagación son equivalentes dado que nos interesa determinar cuándo y en qué condiciones el trabajo en este sector es productivo o no lo es, haciendo abstracción de la profesión o función desempeñada. Asimismo, describimos y analizamos solo el sistema sanitario “oficial” y no otras formas de atención de los padecimientos, tan bien estudiados por Eduardo Menéndez (2003), entre otros. Por otro lado, si bien empleamos aquí términos ya consagrados por el uso, algunos de ellos son merecedores de una crítica. Es el caso de “prestación”, lo que implicaría establecer una parte acreedora y otra deudora. Subrayamos que, aunque hablamos de seguros de salud, tal vez sería más apropiado llamarlos “seguros por enfermedad”. Por último, si bien nos referimos la mayor parte del tiempo a uno de los subsectores como “público”, consideramos que sería más adecuado denominarlo “estatal”; pero una discusión sobre este punto escapa a los límites del artículo.

Los conceptos y categorías empleados: salud, derecho a la salud, mercancía, valor, trabajo productivo

El concepto de salud es tan amplio que sería imposible pretender abarcar todas sus dimensiones en un artículo como el presente. Existen





diferentes concepciones ontológicas sobre esta, así como ideas disímiles y aún opuestas en términos tanto teórico-epistemológicos como político-ideológicos (Chavero, 2013). Para el análisis del sector, Tobar (2012) propone tres dimensiones: la situación de salud poblacional, las políticas específicas y el sistema sanitario. Valiéndonos de esta aproximación muy general, aquí solo abordaremos la última de ellas, analizando el flujo de financiación y gasto y el trabajo asistencial.

En relación al sistema de atención, ante un padecimiento o enfermedad, las personas demandan el alivio, resolución o curación del problema y quienes realizan la prestación de servicios intentan dar respuesta al mismo. Pueden reconocerse, entonces, dos componentes o polos. La simplificación de un proceso tan complejo en términos de polaridad resulta necesaria en términos metodológicos, a los fines del objetivo que nos hemos propuesto. Este nivel de abstracción permite reconocer que en el análisis de la asistencia sanitaria debemos tener en cuenta: por un lado, la “demanda” de la misma, y si esta se obtiene de forma gratuita o si, por el contrario, debe ser adquirida mediante pago; y por otro, el trabajo sanitario, de producción, la “oferta” de la misma, ya que hay que intentar determinar si se lleva adelante para producir un servicio como valor de uso únicamente o en calidad de una mercancía plena, es decir, que además represente un valor de cambio y deba venderse. Son dos caras o aspectos inescindibles de un mismo fenómeno, debiendo ambas ser diferenciadas y contempladas.

En cuanto al derecho a la salud, este implica el “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 1976. Art. 12), lo cual no alude a “estar sano” sino una concepción amplia de libertades y derechos. Entre ellos “un sistema de protección (...) que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas [CESCR], 2000). Según Gloppen y Roseman (2013), es de naturaleza expansiva, puesto que su realización demanda a su vez el

cumplimiento de otros derechos —alimento, vivienda, trabajo, educación, dignidad humana, no discriminación, igualdad, no ser sometido a torturas, privacidad, acceso a la información, libertad de asociación, reunión y movimiento—, siendo las precondiciones inmediatas del mismo el derecho al “alimento, agua potable, instalaciones sanitarias, condiciones de trabajo seguras y salubres y a un medio ambiente sano” (p. 17). Como puede apreciarse es una concepción amplia que excede la adecuada atención sanitaria pero que necesariamente la implica y supone³. Refiere sobre todo al plano jurídico-normativo, desde una óptica no reductiva ni limitada a lo asistencial. Pero se trata de las condiciones de legalidad y de posibilidad para su eventual ejercicio. Otra cosa será su efectivización real, condicionada a su vez al eventual ejercicio de los demás derechos conexos. Su consecución, entonces, está mediada por factores que exceden a ese plano y puede concluirse que cualquier barrera que obstaculice o impida su efectivo cumplimiento nos aleja de un escenario de la salud como derecho.

Con respecto a la mercancía, en el libro primero de El Capital, Marx (2002) la define como la “forma elemental” de la riqueza capitalista, teniendo dos factores: valor de uso y valor de cambio. El primero, sustento material y supuesto necesario para la existencia del segundo, es un bien o servicio que debe tener una utilidad: satisfacer una necesidad de cualquier tipo, sea material o espiritual, condición sin la cual no se produciría al no haber inversión para la producción de las mismas. Siendo producto de un trabajo concreto, a diferencia del trabajo abstracto encarnado en el valor. Mientras que en la producción de carácter mercantil capitalista, son también valores de cambio y habilitan su intercambio por dinero en un monto mayor que el invertido por el capitalista al comenzar el ciclo. Sintetizado esto mediante la fórmula que grafica este momento inicial de la

³ En nuestro país, la Constitución de la Nación Argentina (1994) hace referencia a este derecho en el artículo 42, considerándola única y exclusivamente en la relación de consumo: “los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud”. Las concepciones más abarcadoras, mencionadas antes, quedarán incluidas en el texto de la Carta Magna a través de su art. 75, inciso 22, que incorpora los derechos y consideraciones consagradas en los diversos instrumentos legales internacionales a los que adhiere.





acumulación: $D - M - D'$; o en la forma desarrollada del capital dinerario: $D - M (MP + FT) . . . P . . . M' - D'$.⁴ Aclara luego que el valor de cambio es en realidad la expresión, la manifestación, en el momento del intercambio, del “valor” de la mercancía (Marx, 2002: 74), cuya sustancia común es ser “producto del trabajo” (Marx, 2002: 46); a diferencia de los valores de uso que representan, siguiendo la fórmula de Smith, “la riqueza de las naciones”, cuya fuente es, también, la naturaleza (Marx, 2002: 53; Marx, 1963: 227).

El objetivo del modo de producción actual no es que las mercancías sirvan para satisfacer necesidades sociales en tanto valores de uso sino la máxima producción posible de las mismas para que en el proceso de intercambio en el mercado se manifiesten o expresen como valores de cambio y realicen su valor mediante la venta. La teoría marxiana sostiene que es el trabajo la fuente única del valor y que el plusvalor, apropiado como plusvalor, explica la rentabilidad o ganancia del capitalista. Esta no es tan solo el fin determinante de este modo de la producción: es a la vez el principio impulsor (Marx, 2011: 5), a diferencia de lo que plantean otras escuelas o teorías económicas que ubican la inversión capitalista y el gasto gubernamental –que habilitan la demanda efectiva– como el motor del ciclo económico. Es decir que sobre este tópico existen visiones no solo diferentes sino opuestas. Como propone José Tapia, se trata de “quién lleva la voz cantante” en dicho ciclo y en la explicación del modo de funcionamiento del sistema (Tapia Granados, 2013; Tapia, 2017).

Sin embargo, el proceso de acumulación que se despliega a través de la reproducción ampliada del capital no se da sin obstáculos y contradicciones. Sobrevienen periódicas crisis de sobreacumulación, a partir de la imposibilidad del capital de ser invertido de actividades y sectores en donde pueda completar el circuito de valorización. En el intento de explicar

⁴ Donde: D= dinero –invertido al inicio del ciclo por el capitalista–; M= mercancías compradas –MP: medios de producción y FT: fuerza de trabajo–; P= el proceso productivo o consumo productivo de las M; M': capital mercantil, mercancía acrecentada en su valor relativo al capital productivo consumido, ya que está formada por valor del capital y plusvalor; D'= dinero al final del ciclo, mayor que el dinero invertido al inicio, es decir donde aparece la ganancia del capitalista, el plusvalor (Marx, 2002, p.184; Marx, 2013, pp. 46-47).

tales crisis y de describir los mecanismos compensatorios inmanentes al propio sistema capitalista han surgido diversas teorías o conceptos, uno de los cuales es el de “acumulación por desposesión”, desarrollado por David Harvey (Harvey, 2004: 111-140). El autor describe este como una especie de continuidad en el tiempo de procesos de acumulación primitiva llevado a cabo por medio de la expropiación y privatización de bienes anteriormente comunes que son incorporados a la dinámica capitalista, o por medio de la devaluación intensa de activos de capital y de fuerza de trabajo, provocada artificialmente por mecanismos regulados por el Estado –programas de austeridad– que, provocando crisis económicas limitadas espaciotemporalmente, permiten la novedosas formas de “robo y pillaje” en sectores enteros de la economía, que se disponen para la inversión rentable del capital ocioso sobreacumulado. En este sentido, nos parece valioso este aporte al enfatizar y recuperar la vigencia de un mecanismo que, lejos de haber ocurrido de una vez y para siempre como podría sugerir el estatuto de “originario”, permanece vigente como modo de incorporación o creación continua de espacios pasibles donde se instalen la explotación y valorización capitalista. Sin embargo, no creemos que este mecanismo predomine por sobre la explotación y creación de plusvalía a la Marx en el propio momento de la producción a la hora de explicar el origen de la ganancia, como parece sugerir Harvey cuando sostiene que la acumulación por desposesión ha llegado a “convertirse en forma dominante de acumulación con respecto a la reproducción ampliada...” (p. 122).

Volviendo al valor, es importante resaltar que solo cobra existencia en el terreno social, de los intercambios y actividad social humana:

ni un sólo átomo de sustancia natural forma parte de su objetividad [de la mercancía] en cuanto valores (...) [estas] sólo poseen objetividad como valores en la medida en que son expresiones de la misma unidad social, del trabajo humano (...) [y] su objetividad en cuanto valores, por tanto, es de naturaleza puramente social (...) [por lo que] dicha objetividad como valores solo puede ponerse de manifiesto en la relación social entre diversas mercancías (Marx, 2002: 58).





Es así que el valor no tiene nada que ver con una supuesta propiedad física o natural que tendría cada mercancía, ni tampoco con la utilidad otorgada subjetivamente y de forma individual por cada consumidor, según la cantidad –abundancia o escasez– de los bienes, como propugna la teoría marginalista (Dobb, 1946: 12; Dobb, 1985: 86-120; Roll, 1958: 292-337).

Las mercancías pueden ser tanto bienes como servicios

La diferencia estriba en que un bien asume la forma de algo tangible,⁵ mientras que el servicio asume el de una actividad, es útil como tal y el producto no puede separarse del productor, como una mercancía autónoma (Marx, 2011: 85, 87).

Lo que define a los servicios es la “simultaneidad de producción y consumo, independientemente de la forma material o cualquier otra de la mercancía, esto es del producto del trabajo” (Savran & Tonak, 1999: 137). Esta aclaración resulta imprescindible dado que algunos autores han planteado que los servicios no pueden cambiarse directamente por dinero-capital y que únicamente pueden hacerlo por dinero en cuanto ingreso o renta –income o revenue–, por lo cual dichas actividades no deberían ser consideradas como trabajo productivo y que los trabajadores de este sector ni siquiera pertenecerían a la clase trabajadora. Por el contrario, y desde la perspectiva que seguimos, este tipo de trabajos, pertenecientes al denominado en la actualidad sector servicios o terciario de la economía, pueden ser explotados de manera capitalista (Marx, 2011: 85). En el siglo XIX el mismo no estaba subsumido aún con la extensión actual en la ló-

⁵ Consideramos preferible en esta discusión el término “tangible” antes que “material”, siendo este último el empleado en general en las versiones en español por los distintos traductores de Marx. Este autor criticaba el error de distinguir al trabajo como productivo o no según el contenido material del producto (2011:86). Véase asimismo el tratamiento del tema en Marx, 1974: 129-133. A pesar de lo cual empleaba a veces ambos términos de forma indistinta.

gica de la explotación y acumulación capitalista. Aquí pueden aprovecharse las categorías dialécticas y la distinción entre cuantitativo y cualitativo: en cierto momento, lo primero puede devenir lo segundo (Engels, 1983: 58-62). Lo insignificante en términos cuantitativos definía la calidad de no productivo de dichas tareas. En la actualidad se verifica la situación opuesta, y el trabajo en servicios es un área primordial y creciente de la producción mundial.⁶

La distinción entre trabajo productivo e improductivo y su importancia para la teoría de la acumulación capitalista

En el Libro II de “La riqueza de las naciones”, Adam Smith (1996) establece que existen trabajos productivos, que añaden valor a la materia sobre la que operan, mientras que otros no lo hacen, siendo improductivos. Brinda ejemplos de uno y otro caso (pp. 424-426).

Marx retoma esta distinción, considerándola correcta y fructífera para su teoría de la acumulación al ser una de las condiciones para esta el trabajo productivo, que hace que el plusvalor generado se reconvierta en capital y se relance el ciclo de acumulación (Marx, 2011: 89). Así, es productivo el trabajo contratado en términos de la relación capitalista asalariada, es decir si el producto del mismo, bien o servicio, se produce con carácter mercantil, para la venta, generando plusvalor y permitiendo la valorización del capital. Lo que define este carácter, en resumen, son las relaciones sociales que están en juego en la producción, su forma social, no el contenido material del producto (Guerrero, 1990: 121; Ferrández Nieto, 2015: 129-132).

⁶ Representa, como tendencia mundial, una porción cada vez más importante para la economía. Por ejemplo, para el año 2016, la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (International Labour Organization [ILO]. ILOSTAT, 2018) estimaba que, a nivel mundial, los servicios representaban el 49.7 % de la masa laboral, la agricultura el 28.8 % y la industria el 21.5%. Para el año 2019, el Banco Mundial [BM] (World Bank, s.f.a), en base al modelo de la OIT, ofrecía proporciones y tendencias similares a las anteriores. Estos datos globales, por supuesto, opacan las diferencias entre países con mayor o menor nivel de industrialización.





De este modo el trabajo médico puede ser productivo y estar en condiciones de canalizarse hacia la acumulación si se intercambia en una relación laboral por –contra– dinero-capital.⁷ Fuera de este intercambio –en los llamados servicios sociales, brindados de forma gratuita como valor de uso, así como en la práctica privada individual en donde existe producción mercantil no capitalista–, no lo es (Savran & Tonak, 1999: 137-139; Astarita, 2004: 129-135). Una cuestión que merecería ser analizada con una mayor profundidad es el caso de las Empresas o Sociedades del Estado de la producción –de bienes o servicios–, en las cuales hay producción mercantil para la venta, ya sea al propio Estado o a entidades privadas, como en el caso de algunos laboratorios públicos de medicamentos que venden parte de la producción, siendo entonces productiva. En estas condiciones, existiría plus trabajo, plus valor y explotación en sentido marxiano.

Esto es una primera delimitación a grandes rasgos, según determinado bien o servicio se mercantilece de forma plena o no.

Partimos de suponer una situación en la cual el servicio sea producido de manera gratuita, pero sería necesario estudiar los “grises”, sobre lo que exponemos solo dos ejemplos. El primero, y en el lado de la demanda: los casos en los cuales el servicio estatal se brinda pero no de manera totalmente gratuita, al introducir procedimientos o mecanismos en los cuales aparecen distintas formas de pago –“bono de colaboración”, “cooperadora”, pago de ciertos insumos, etc.–. El segundo y en el lado de la oferta asistencial pública, cuando existe contratación “tercerizada” –subcontratación de empresas privadas– de ciertos eslabones de la cadena sanitaria a cargo del Estado como servicios de urgencias, de traslados, de seguridad, de cocina/alimentación; o las muy comunes falsas “cooperativas” de limpieza, entre otros. En este último caso, si bien el producto final –la asistencia– no se realiza como valor de cambio, sí lo hace

⁷ En el campo sanitario puede encontrarse una discusión sobre el trabajo médico y su carácter productivo/no productivo en la obra pionera de Sergio Arouca (2008: 211-219), correspondiente a su tesis de doctorado defendida en 1976.

el producto parcial de este sector específico generando plusvalor al interior del mismo. Así, el proceso se encuentra parcialmente privatizado y existe acumulación de capital en distintos momentos del mismo.

La necesidad de la constatación empírica: el caso argentino

Hasta aquí parecería que si la oferta asistencial es gratuita, la salud podría considerarse como un derecho. Es el planteo de fondo, en general, en los estudios sobre la mercantilización en el campo sanitario. Mientras que en el caso de la obligación de pago –en el ámbito privado, a partir de trabajo contratado por el capital, como en la atención en forma particular– deberíamos considerarla una mercancía.

Sin embargo las cosas no son tan simples, dada la complejidad del sistema sanitario argentino. Al analizar el entramado de los subsectores y el flujo de financiación y gasto entre ellos, así como el rol que juega la explotación del trabajo médico, comienzan a vislumbrarse otras aristas que permiten profundizar la comprensión del proceso de mercantilización en todo el sistema.

Describimos primero los rasgos generales de la organización y estructura del sistema sanitario con los modos de financiamiento de cada subsector (Instituto de Estudios sobre Estado y Participación [IDEP], 2013a; Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [ISAGS], 2012: 79-96).

A continuación sigue un análisis más específico del gasto, donde vuelve a aparecer, ineludiblemente –al tratarse de eslabones en gran medida interdependientes de un mismo proceso–, la cuestión del financiamiento.

Los datos expuestos a continuación en el Cuadro I corresponden al año 2019, último año con datos consolidados en las fuentes utilizadas.



Las frecuencias relativas para cada subsector se sostienen sin cambios significativos, año a año. En su elaboración se han debido emplear y contrastar varias fuentes dada la dificultad de hallar una fuente única que sea, a la vez, abarcadora, actualizada, válida y confiable.

Cuadro I. Tipo de cobertura y gasto por subsector en el sistema de salud de Argentina

| Cobertura y gasto | Sistema de salud en Argentina - Subsectores | | | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---------------|---------------|------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | Público | Seguro Social (obras sociales) | | | Privados | | Gasto directo (esporádico) |
| Tipo de cobertura | Seguros públicos | Nacionales | PAMI | Provinciales | Seguros Privados | | |
| | | | | | Derivado | Voluntario (gasto programado) | |
| Cantidad de población cubierta* | 16.672.216 (a) | 11.819.584 (b) | 5.175.822 (c) | 7.182.000 (d) | 4.295.928 (e) | 2.020.072 (d) | |
| | | 16.995.406 | | | 6.316.000 | | |
| | | 24.177.406 | | | | | |
| % de población cubierta** | 37% | 54% | | | 14% | | |
| Composición del gasto (f) | 25% | 37% | | | 10% | | 28% |
| | | | | | 38% | | |

Fuente: elaboración propia en base distintas fuentes: (a) Programa SUMAR (s.f.a); (b) INDEC (s.f.b); (c) PAMI (s.f.); (d) CADIME (2020); (e) SSS (2018/2020); (f) WHO (s.f.).

* Los cálculos se realizan tomando como referencia la población Argentina para el año 2019: 44.938.712 habitantes (INDEC, s.f.a).

** La sumatoria de la cantidad de personas cubiertas por los diferentes sistemas de aseguramiento así como la de los porcentajes correspondientes exceden a la población total del país debido a la doble cobertura, que se calcula en un 5%. Tal como se expone en el texto se han restado las personas derivadas hacia los seguros privados a las cifras de la población con cobertura de seguro social.

El subsector público cubriría, de manera potencial, a todos los habitantes del país, aunque de hecho se atienden principalmente personas sin cobertura de la seguridad social ni de los seguros privados, un 37% de la población (Programa Sumar, s.f.a). Se financia por rentas generales del Tesoro de la nación (impuestos recaudados en los 3 niveles adminis-

trativos).⁸ Aquí se ha operado una transformación a lo largo de las últimas décadas: la cobertura actual se da a través de seguros públicos establecidos por medio de Planes o Programas, los que han ido variando de nombre y alcances. En un principio eran focalizados y estaban dirigidos a determinados grupos –por edades, condiciones, etc.–, pero han sumado distintos grupos etarios y con determinadas patologías hasta abarcar en la actualidad la totalidad de la población sin otra cobertura, desde el nacimiento hasta los 64 años. Esta población cuenta con un seguro público como el del Programa Sumar (s.f.b), o el Programa Incluir Salud (s.f.), financiados por el Estado nacional y cuyos fondos se envían para ser ejecutados, por prestación reconocida, en cada una de las 24 jurisdicciones del país.

La seguridad social está estructurada por medio de las obras sociales [OOSS]. Estas pueden ser nacionales o provinciales, y dan cobertura a personas con empleo formal público o privado, así como a jubilados, pudiendo estar cubiertos también los familiares. Se financian en su mayor parte con aportes y contribuciones equivalentes al 9% del salario de trabajadores. Se constituye con una contribución patronal del 6% más un 3% de aporte personal de cada trabajador; y un pequeño porcentaje adicional de aporte personal, en ocasiones, por cada familiar a cargo. Existen, también, otras fuentes de financiamiento. Entre ellos: componente de un porcentaje que paga un monotributista que se afilia a una obra social (OS), coseguros abonados por afiliados para ciertas prácticas, etc. (IDEP, 2013b: 37-38). Subrayamos la importancia del seguro social, que cubre al 54% de la población argentina, si se restan las más de 4 millones de personas que se han derivado a los seguros privados (CADIME, 2020; SSS, 2018/2020). Cabe destacar que a menudo se consideran esas personas derivadas como parte de la cobertura de la seguridad social y no de la privada. Esto es lo que hacen, por ejemplo, el BM y la Organización

⁸ Podría pensarse que los impuestos son aportes que realiza cada uno de las “factores de producción” (trabajo, capital y tierra). Desde la teoría del valor trabajo, en cambio, los impuestos son formas de apropiación de la plusvalía, trabajo productivo no retribuido: “de él salen los impuestos que cobran el Estado y el municipio (...) Sobre él descansa todo el orden social existente” (Engels, 1963: 100).





Mundial de la Salud [OMS]. Creemos que esto es incorrecto, como argumentaremos más adelante. Pero hay que aclarar que dichas personas no se desvinculan de modo definitivo de la OOSS ya que dichos convenios representan un conveniente negocio, tanto para estas como para las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) (López, 2011: 7). La seguridad social es importante asimismo por el destacado porcentaje del gasto total, además del rol en tanto actor político y factor de poder (Belmartino, 2005).

Por último, el subsector privado se financia a través de la venta de seguros de salud privados, de los convenios con las OOSS, y de “gastos de bolsillo”. Es necesario tener en cuenta que se contempla como gasto privado todo pago en la compra de un servicio o producto, es decir, el gasto de bolsillo directo en el rubro salud (asistencia, estudios, prácticas, medicamentos, etc.), sin importar el tipo de cobertura o subsector de pertenencia. Este subsector cubre a un 14% de la población (CADIME, 2020; SSS, 2018/2020). La contratación de estos seguros puede ser de dos tipos: voluntaria u obligatoria-derivada. En el primer caso se trata de gastos de bolsillo programados y corresponde a quienes no están cubiertos por una OS o que disponen de la misma pero deciden comprar además un seguro privado, dando lugar a los casos de doble cobertura. El segundo tipo atañe a quienes cuentan con empleo formal y disponen de seguro social pero para los que la OS, mediante convenios de cobertura, ha realizado derivación de los aportes a seguros privados de salud, realizándose un pago extra como complemento de cuota. Esto es lo que se denomina “triangulación” y constituye la modalidad mayoritaria de aseguramiento en las EMP. De 6.316.000 de adherentes a seguros privados, una tercera parte –algo más de 2 millones– contrata el seguro de manera voluntaria; mientras que alrededor de dos terceras partes –más de 4 millones– son originalmente afiliadas a OOSS que a través de los convenios antedichos derivan los aportes hacia EMP (CADIME, 2020; SSS, 2018/2020). Por ello, podemos concluir que el subsector privado se financia en definitiva mediante “gastos de bolsillo” o “de los hogares” –programados o esporádicos–, así como por medio de deducciones salariales

—ya que contabilizamos aquí el financiamiento por derivación desde las OOSS—. Los gastos de bolsillo esporádicos son desembolsos directos a los servicios de salud privados —asalariados de empresas de medicina o profesionales autónomos— en el momento de la asistencia.

Como parte del privado deben contarse también instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares [ISFLSH] que entre sus servicios pueden ofrecer planes de salud pero que no tienen obligación de cubrir la canasta básica de prestaciones vigente desde 1995, el Programa Médico Obligatorio [PMO] (Decreto 492/1995, s.f.), obligatorio en el caso de las OOSS y las EMP.

Por último, el Estado financia al subsector privado de la salud mediante diversos mecanismos. Por ejemplo, los subsidios indirectos (López, 2011; IDEP, 2013b), con transferencias que superarían incluso a las que se producen al interior del propio subsector público —de nación a provincias y desde estas a municipios— (IDEP, 2013b: 24). La asistencia de personas con cobertura de una OS o de una EMP en un servicio público es otra forma de subsidio indirecto. Si bien es difícil calcular su magnitud, algunos investigadores estiman que un 30% de las prestaciones en servicios públicos irían dirigidas a personas cubiertas por la seguridad social o seguro privado (Tobar et al., 2011). En el caso de los seguros privados, además, las diversas formas de subsidios mencionados son un estímulo y soporte estatal a la tasa de ganancia del capital, a partir de una verdadera y sutil Alianza Público Privada [APP].⁹

El gasto sanitario

Como en cualquier otra rama de la producción aquí se hace imprescindible considerar la faceta económica y financiera. Cobra entonces es-

⁹Véase, por ejemplo, aunque limitado al caso de APP en infraestructura: Pollock, 2016: 26-28.





pecial interés el gasto en la unidad de tiempo y de lugar que definimos según el objetivo de la presente reflexión: en nuestro caso para Argentina, durante un año. El gasto en salud (per cápita) es el

Valor promedio por persona de la suma de los gastos público y privado en bienes y servicios por el cuidado de la salud para una determinada economía nacional, en un periodo dado de tiempo, usualmente un año, expresado en dólares estadounidenses corrientes. El gasto en salud comprende la provisión de servicios de salud preventivos y curativos, asuntos y servicios de salud pública, investigación aplicada en salud y sistemas de abastecimiento y distribución médicos, pero no incluye la provisión de agua y saneamiento (Pan American Health Organization [PAHO] , s.f.).¹⁰

En nuestro país, el gasto total en salud, público y privado, es desde hace años alrededor de un 9 - 10.4% del PBI (World Bank, s.f.b). La composición de dicho gasto varía según la fuente consultada. Aquí utilizaremos los datos brindados por la OMS para el año 2019. Según esta entidad, el gasto público representa el 25% del gasto total (WHO, s.f.). Es decir que de 100 pesos gastados, el Estado en sus 3 niveles aporta 25 pesos –siendo el nivel nacional el que menos gasta de los tres–. El 75% restante entonces surgiría como gasto del subsector privado y del de seguridad social. En los contados casos en que disponen de servicios propios, algunas OOSS fungen como prestadoras (Maceira & Cicconi, 2003). Pero la mayoría efectiviza la prestación de servicios a través de contratos y convenios de prestación con instituciones privadas, canalizando hacia estas el gasto para la atención de sus afiliados y financiándolas de esta manera. En el caso de la “triangulación” el flujo financiero se ha hecho en forma previa, mediante la derivación del aporte de la OS a la EMP.

En cuanto a la función y participación del capital en el ámbito privado hay entonces, en general, dos grandes modalidades: las empresas aseguradoras y las empresas que realizan prestación médica, en ocasiones con ambas funciones a cargo de un mismo grupo empresarial o entra-

¹⁰ Cabría una disquisición conceptual entre gasto, desembolso y erogación, que no podemos realizar aquí. Remitimos para ello a Collinao et al., 2016: 7- 9.

mado de capitales. Deben contemplarse todos los procedimientos e insumos que realizan su valor como mercancías a través del servicio prestado. En rigor de verdad, el capital participa y opera en todo el sistema.

Continuidad en las políticas: sobre la cobertura universal básica, los seguros públicos de salud y el rol del Estado

Como apuntamos, se ha impuesto la lógica del aseguramiento, también en el subsector público, aunque se considere su erogación como un mero “incentivo” asistencial. Creemos necesaria su correcta conceptualización, ya que contiene el precepto del subsidio a la demanda, no a la oferta. El llamado subsidio a la oferta es el principio que ha regido y se ha mantenido históricamente en este subsector, a pesar de distintos intentos de reforma que han intentado debilitarlo o reemplazarlo, en las últimas décadas. Si bien constituye aún la modalidad operante, de seguir su curso actual, no es imposible que se termine imponiendo el primero. Es el escenario que prescriben quienes creen necesaria la compra de seguros por el Estado y el estímulo de la libre concurrencia entre los subsectores (Tafari et al., 2015). Pero podríamos deslizarnos hacia un escenario similar, acaso de manera más solapada, menos evidente, por la vía de un Estado que “cubre” a la población carenciada mediante seguros públicos.

Una breve consideración respecto a la muy polémica Cobertura Universal de Salud [CUS] (Decreto DNU 908/2016, s.f.), iniciativa del gobierno de Cambiemos (2015-2019), y que ha generado un debate intenso en los últimos años. Al ser anunciada y lanzada por aquel gobierno, la misma fue duramente criticada por un amplio sector del campo sanitario local. Se alertaba que la misma era un intento de instalar una “canasta básica de servicios”, que las prestaciones que no estuvieran incluidas deberían ser solventadas por los propios usuarios, que significaba una “ruptura entre el Estado como prestador de salud y como comprador de





servicios”, que apuntaba a desfinanciar el sistema de salud y que implicaba un avance en la privatización del mismo, entre otras cuestiones (IDEP, s.f.).

Sin embargo, en esencia, la CUS representaba, también, un seguro público. Por lo que no es la CUS el problema a ser resistido sino el aseguramiento público in toto, instalado y promovido desde hace años en nuestro país. Cabe recordar que ya en las Bases del Plan Federal de Salud (Consejo Federal de Salud [COFESA], 2004), presentada en el año 2004 por el entonces ministro de salud de la nación Gonzáles García en el marco del dicho Consejo, se propugnaban acciones en pos de

un sistema de salud para todos, equitativo e integrado, con un rol activo del ‘Estado garante’ del bienestar de la sociedad (...) [que posibilitará] el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que de cobertura universal básica a toda la población (COFESA, 2004: 13).

En cuanto a las funciones, roles y responsabilidades del Estado, planteaba entre otros el “afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría [y la] garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal” (COFESA, 2004: 14). Como puede observarse, se intentaba privilegiar la función de “rectoría” estatal y no se discutía con la profundidad necesaria la dimensión prestacional del mismo. Esta es la denominada “estrategia de la separación de las funciones” –que, como vimos, era una de las críticas que se le realizaba a la CUS–, promovida en la década de 1990; años que solían tildarse de “neoliberales” en nuestro país y la región, en donde los gobiernos locales aplicaban los Programas de Ajuste Estructural [PAE] del Banco Mundial y las reformas regresivas en salud estaban a la orden del día. Como señalan Giovanella et al. (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [ISAGS], 2012):

La noción de rectoría (...) requiere de mayor responsabilidad de los gobiernos nacionales, aunque inicialmente estaba a tono con la tendencia de los años 1990, cuando se planteaba con fuerza la mera separación de las funciones de financiación y prestación de servicios, la descentralización de los servicios,

el desarrollo de seguros competitivos, la aparición de los seguros para cubrir a la población carenciada, la focalización y selectividad con paquetes mínimos (p. 34).

En el año 2012 y en línea con el documento antedicho (COFESA, 2004), el ministro de salud de la nación, Juan Manzur, firmó la Resolución 1460/2012 (s.f.), que confirmaba estos presupuestos. Su nombre: Programa Sumar y/o Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud.

Como puede verse, el problema no es el nombre con el cual se etiquete y pretenda instalarse una reforma sino el contenido sustantivo de la misma. El problema sigue vigente: el aseguramiento público, lleve el nombre que lleve, representa lo mismo en términos conceptuales y político-sanitarios¹¹.

¿Gasto público-gubernamental o gasto privado? ¿Bienes públicos o valorización del capital?

Como mencionamos antes, consideramos incorrecto –como hacen tanto la OMS como el BM– considerar a las personas “derivadas” como parte de la cobertura de la seguridad social en vez de correspondiente al seguro privado. Asimismo nos parece equivocado confundir como un único gasto el del sector público y el de la seguridad social, denominándolo además como gasto del gobierno.

El BM por ejemplo, brinda el gasto público-estatal y el de la seguridad social como un solo ítem, generando la categoría de “gasto general

¹¹ De forma periódica han aparecido y reaparecen propuestas para implementar distintos modos de aseguramiento en el subsector: desde experiencias de creación de seguros públicos que pretendían representar “Programas de inclusión y fomento de la ciudadanía” (Huber, 2004: 116), hasta la definitiva y completa inclusión de los servicios públicos de salud en la red de prestadores para pacientes con OS (véase: Se viene el Iapos para todos, 2022). Iapos es la OS del personal del Estado de la provincia de Santa Fe.





doméstico gubernamental” –*Domestic general government health expenditure*– % of GDP– (World Bank, s.f.b); por ello, le adjudica a esta categoría el 62,4% del gasto, en vez del 25% (véase cuadro 1). La OMS (WHO, s.f.) también los considera de manera conjunta como gasto “obligatorio”, pero permite discriminarlas. Sin embargo, esta agencia no analiza el flujo de gasto y financiación entre los subsectores.

En base a las consideraciones previas, creemos que se debe considerar al gasto de la seguridad social como gasto privado, ya que es en este subsector donde tiene lugar el grueso de la asistencia sanitaria, según los datos expuestos. Además, si el aporte del trabajador para el seguro social puede considerarse como un “salario diferido”, la prestación de salud estará “cubierta” a futuro, de manera total o parcial, pero representando un pago hecho por el propio trabajador. A lo anterior se suman las diversas formas de transferencias y subsidios antes referidos desde el subsector público. En consecuencia, la mayor parte del gasto en nuestro país se vehiculiza hacia el subsector privado y se realiza como valor al interior de este, mediado por el trabajo médico. Sería necesario profundizar en esta línea de investigación para determinar en qué proporción la prestación de servicios de salud se consume de manera productiva o no productiva, pero un estudio oficial relativamente reciente sobre situación ocupacional en la rama salud (Subsecretaría de Planificación Estudios y Estadísticas, s.f.), ofrece alguna información sobre este aspecto. Con datos referidos al segundo semestre de 2020, el privado concentra el 60% del total de los empleos en salud (p. 6), siendo la mayor proporción dentro de dicho porcentaje el trabajo asalariado –72%–; los cuentapropistas representaban el 23% (p. 6). Pero hay que tener en cuenta que esta categoría representa en muchos casos una relación laboral de dependencia encubierta, por lo que el porcentaje de cuentapropistas verdaderos, sin relación de dependencia, es menor que el ofrecido, y el porcentaje correspondiente al trabajo asalariado, productivo, es mayor. Este informe presenta asimismo otros datos interesantes para el tema de este trabajo. Comparado con otras ramas de la economía, el sector salud

(público y privado) demostró un mayor dinamismo, incrementándose la cantidad de ocupados en un 16,1% de 2014 a 2020. En el privado, el aumento no se distribuyó parejamente al interior sino que se concentró en mayor medida en las empresas grandes –que en la actualidad concentra el 59.5% del personal en esta rama específica– en comparación con las medianas y pequeñas (p. 3-4), lo cual evidencia el proceso de concentración del capital en el área. Y este mayor crecimiento y dinamismo comparativo se verifica en nuestro país desde el año 2008, como podemos observar en un informe anterior (Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, 2013: 4) del mismo Ministerio. Otro dato relevante, que cabría actualizar: entre el año 2003 y 2012 “el segmento más dinámico de la salud es el de 'servicios de medicina prepaga', que se expandió un 95% en términos de empleo.” (Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales, 2013: 5).

Conclusiones

Realizada la anterior caracterización y análisis, si tuviéramos que responder a la pregunta inicial, deberíamos postular que la salud en Argentina, en su dimensión asistencial, no puede considerarse, en términos generales, como un derecho. Por el contrario, y dado que en tanto oferta este tipo de servicios constituye una producción de carácter mercantil y productiva, y en tanto demanda debe ser adquirida mediante la compra –en su mayor parte, como vimos, la asistencia tiene lugar en el subsector privado, predominando allí la relación salarial capitalista–, reconoce las características de una mercancía.

Los Estados capitalistas actuales establecen una serie de vasos comunicantes con el sector privado. Esto hace que, más allá de la propia complejidad de su análisis, se torne en extremo difícil el establecimiento de una separación tajante en cuanto a la producción o no de plusvalor en





su interior. Por ello, la pregunta que nos propusimos responder es una simple aproximación al problema. Antes que la elección entre dos opciones excluyentes, nos parece necesario pensar a la salud como mercancía en términos de tendencia y de proceso, para visualizar mejor la progresiva mercantilización de la misma, en términos dinámicos. Este proceso no solo tiene lugar por los diversos mecanismos que han ido incorporándose al interior del ámbito público, introduciendo la lógica mercantil –las Empresas del Estado mencionadas, la privatización de algunos eslabones de la cadena de servicios, el fundamento del subsidio a la demanda, las formas más o menos encubiertas de pago por las prestaciones o insumos, entre otros–. También, y como correlato, por la expansión del sector privado –con la tendencia a la concentración y centralización en el mismo; por verificarse en este la mayor proporción de las prestaciones y prácticas; por la prevalencia creciente del trabajo asalariado productivo en tanto capital variable con producción de valor que debe realizarse en la venta–.

Como en otras ramas de la economía, el capital en salud conquista nuevos espacios de mercado y se despliega de forma sostenida aunque con inevitables, periódicas crisis, y en permanente tensión con el Estado –a pesar del rol subalterno, pero crucial, de este–. Para que pueda existir y perdurar no le basta con sostener su rentabilidad: debe incrementarla, bajo el riesgo de ser barrido por la competencia entre capitales. Y, de manera periódica, se expresan signos de alerta entre sus representantes más importantes, sobre todo cuando en momentos de exacerbación de una crisis que se arrastra en el tiempo se producen reclamos de una mayor regulación y control estatal del sistema.¹² Evidencia y manifestación de los repetidos conflictos que tienen lugar en el este codiciado y disputado mercado.

¹²El 14 de junio de 2021, durante un acto en ciudad de La Plata, la vicepresidenta Cristina Fernández de Kirchner se refirió a la necesidad de la unificación de los tres subsectores del sistema (véase: Cristina Kirchner: “Por favor, dejemos la vacuna y la pandemia afuera de la disputa política”, 2021). Al día siguiente la Unión Argentina de Salud [UAS], confederación que nuclea a una parte sustancial de las empresas y capitales de medicina del país, publicó un comunicado en su sitio web (UAS, s.f) cuestionando los dichos de la vicepresidenta, acusando al gobierno de incumplir con la Ley de Medicina prepaga, e insinuando que se pretendía desfinanciar al subsector privado, hacerlo colapsar y hallar así una excusa para la estatización del mismo.

Preocupados por la desorganización e inequidad del sistema en su conjunto, algunos actores, interesados en la superación de este estado de cosas abogan por la necesidad de una mayor “integración”, “articulación”, “interacción”, “complementación” de los subsectores,¹³ así como un mayor “control estatal”. Pero nos parece que estos eufemismos son impotentes ante una realidad que se resiste a ser transformada en base a declamaciones o a análisis reduccionistas.

Destacamos antes como uno de los formas de subsidio estatal al sector privado, las prestaciones públicas dirigidas a personas que cuentan con seguro social o privado. En términos de una proposición normativa: ¿correspondería que toda la población se asistiera en el subsector público-estatal? Damos, de manera contundente, una respuesta afirmativa. Aunque esto solo sería posible avanzando hacia la conformación de un verdadero sistema único de salud (SUS): completamente gratuito, universal, integral, y con participación y contralor público. Muy lejos y a contramano de las decisiones gubernamentales que se vienen tomando en los últimos años y al rol preponderante y creciente del sector privado y del capital.

Sin descartar el valor que pueden tener las consignas para la acción en el terreno político, consideramos que estas pueden ser útiles si logran encarnar y representar los puntos críticos de una realidad determinada. Para ello, resulta fundamental el (re)conocimiento de la explotación de la fuerza de trabajo sanitario y de la determinación de todo el proceso a partir de la imperiosa necesidad de acumulación y acrecentamiento de la tasa de ganancia capitalista, mediada por la imprescindible participación del Estado en la pugna entre el trabajo y el capital. Esta –lucha de clases, dejando de lado los eufemismos– guarda prioridad explicativa, es determinante, frente los conflictos interburgueses, esto es, la pugna de capita-

¹³ Estos términos no son patrimonio exclusivo de quienes propugnan un rol estatal más marcado. En Santa Fe, como en otras provincias, también son esgrimidos de forma recurrente por los empresarios del sector (véase: Resaltan la articulación público-privada en el abordaje del coronavirus, 2020). Y de forma recurrente, también, se realizan gestiones público-privadas en pos de dicha complementariedad o articulación (véase: Santa Fe: ministro de Salud y clínicas privadas acordaron un plan de trabajo conjunto, 2020).





les individuales en competencia que conforman el capital social total (Bonnet, 2012: 97, 103-104).

Sin esta consideración, sin este reconocimiento de la realidad en todos los sectores económicos de la sociedad, incluido el de la salud, no puede haber una comprensión de los problemas existentes en nuestro ámbito, imprescindible si se pretende una transformación progresiva de la realidad analizada. Y no puede pretenderse que la asistencia sanitaria se constituya como derecho en nuestro país. Por el contrario, esta seguirá tendiendo a una mercantilización cada vez mayor.

Como habíamos planteado, tanto las proposiciones positivas como las normativas son importantes en el trabajo científico. Una proposición positiva se pone a prueba a partir de la realidad y, si no se adecúa a ella, aquella debe cambiarse. Mientras que una proposición normativa –que representa un juicio de valor– sirve como prueba de la realidad y, si no se adecúa a dicha realidad, es esta la que debe transformarse (Gordon, 1995: 231).

Si el análisis realizado en este trabajo nos acerca a conocer mejor nuestra realidad, estaremos en mejores condiciones para avanzar a partir de allí hacia el cumplimiento de una proposición normativa, lo que debería ser. Debiendo ser transformada para adecuarse a ella, entonces, la propia realidad.

Bibliografía

Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Astarita R. (2004). *Valor, Mercado Mundial y Globalización*. Buenos Aires: Edic. cooperativas.

Ballerini, A., Figueras, L. y Del Carlo, C. (2020). “¿Es la salud un derecho?”

- Políticas públicas en tiempos de neoliberalismo”. *Revista de Psicología*, 19(1), 32-47. <https://revistas.unlp.edu.ar/revpsi/article/view/7922>
- Bonnet, A. (2012). Riñas en la cofradía. Los conflictos interburgueses en las crisis argentinas recientes. *Conflicto Social, Revista del Instituto de Investigaciones Gino Germani* 5: 8, pp. 65-123, Buenos Aires. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/CS/article/view/265>
- Baquero Vargas, J. (2010). El mercado de la salud: derrota obrera y mercantilización de la sanidad. *Viento sur: Por una izquierda alternativa*, N°. 109, pp. 54-72. [on line]. https://cdn.vientosur.info/VScompletos/VS109_Derrotaobrero_Baquero.pdf
- Belmartino, S. (2005). *La Atención Médica Argentina en el Siglo XX. Instituciones y Procesos*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Boletín Oficial (1995). Decreto 492/1995. Programa Médico Obligatorio, 26 de Septiembre de 1995. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-492-1995-27540/texto>
- Cámara de Investigaciones de Diagnóstico Médico (CADIME) (2020). Informe Sectorial #14. Servicios de Salud. http://www.cadime.com.ar/newsletter/isatc_m2020.pdf
- Cetrángolo, O., Goldschmit, A. (2018). Obras sociales en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual. <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/obras-sociales-argentina.pdf>
- Chavero, M. (2013). La judicialización como estrategia de acceso a la salud y sus limitaciones. Si Salud no es un derecho...seguro será un izquierdo. En: Mirta S. Taborda (Coord.). Ponencia presentada en el IV Congreso Argentino – Latinoamericano de Derechos Humanos “Diálogos Pluriculturales para la Equidad”. Rosario, Mayo de 2013.
- Chiara, M. (2018). “Nociones e ideas en torno al universalismo en salud: derivas en la trama intergubernamental del Gran Buenos Aires (Argentina) entre 2003 y 2011”. *Cad. Saúde Pública*; 34(11). <https://www.scielo.br/j/csp/a/GL8b3k7FDkthTWh8yrxJ3Xv/abstract/?lang=es>
- Collinao, MP, Dorin, F., Martínez, R., Tromben, V. (2016). Estimación de las erogaciones sociales a partir del sistema de cuentas nacionales Manuales de la CEPAL. Una propuesta para las funciones de educación, salud y protección social. Serie Manuales de la CEPAL No. 5. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40847>
- Comité de Derechos Económicos, & Sociales y Culturales de Naciones Unidas (2000). Observación general N° 14, E/C.12/2000/4, párr. 8. <https://www.refworld.org/es/docid/47ebcc492.html>





Consejo Federal de Salud (COFESA). Ministerio de Salud (2004). Bases del Plan Federal de Salud. 2004-2007. https://www.ossyr.org.ar/PDFs/2004_Plan_Federal_Salud.pdf

Constitución de la Nación Argentina. Ley 24.430. 1994. Congreso de la Nación. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

Díaz, J. V. (2021). Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud (Serie Estudios y Perspectivas N° 194). Ciudad de México: CEPAL.

Dobb, M. (1946). *Political economy and capitalism. Some essays in Economic Tradition*. London: Routledge & Sons.

_____ (1985). *Theories of value and distribution since Adam Smith*. New York: Cambridge University Press.

Echeverry, O. (2013). “Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia”. *Rev Panam Salud Publica*;24(3),sept. 2008. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9930>

Engels, F. (1863). El Capital de Marx. En Marx C & Engels F. *Obras Escogidas, en tres tomos*. Tomo II (pp. 97 - 104). La Habana: Editorial Política.

_____ (1983). *Dialéctica de la naturaleza*. Buenos Aires: Editorial Cartago.

Ferrández Nieto, M. (2015). *Cómo funciona la economía capitalista. Una introducción a la teoría del valor trabajo de Marx*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.

Gloppen, S., y Roseman, M. J. (2013). Introducción. ¿Pueden los litigios judiciales volver más justa la salud? En: A. E. Yamin y S. Gloppen (Eds.), *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta para el cambio?* (pp. 13–30). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

Gordon, S. (1995). *Historia y filosofía de las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial Ariel.

Guerrero, D. (1990). “Cuestiones polémicas en torno a la teoría marxista del trabajo productivo”. *Política y Sociedad*, 5, 119–139.

Harvey, D. (2004). *El nuevo imperialismo*. Madrid: Ediciones Akal.

Huber, R. (2004). Implementación del seguro de salud en la Provincia de Santa Fe (un proceso de reforma incremental originado en el subsector

de salud pública provincial). En: E. Báscolo (Comp.). *Seguro público de salud. Aportes para un debate abierto* (pp. 115 – 122). Rosario. Instituto de la Salud “Juan Lazarte”.

Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP), Área Salud. Asociación Trabajadores del Estado (ATE) de la República Argentina (2013.a). Cuadernos para trabajadores de la salud. Fascículo 1. La organización del sistema de salud en la Argentina.

Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP), Área Salud. Asociación Trabajadores del Estado (ATE) de la República Argentina (2013.b). Cuadernos para trabajadores de la salud. Fascículo 2. Financiamiento de la salud poblacional en la Argentina.

Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP), Área Salud. Asociación Trabajadores del Estado (ATE) de la República Argentina (s.f.). Campaña No a la CUS. <https://idepsalud.org/noalacus/>

Instituto nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (s.f.a). Población estimada al 1 de julio de cada año calendario por sexo. Años 2010-2040. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

_____ (s.f.b). Indicadores de salud. Cantidad de obras sociales y beneficiarios según naturaleza institucional. Total del país. Años 2013-2019. <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-32-94>

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS) (2012). Giovanella, L., Feo, O., Faria, M., Tobar, S. (Orgs.). *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_403158050.pdf

International Labour Organization (ILO). ILOSTAT (2018). Key indicators of the labour market, 2001-2002. <https://ilostat.ilo.org/>

Iriart, C. (s.f.). La mercantilización de la salud empezó en los noventa y nunca se desarticuló. [on line] Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEP). <https://idepsalud.org/celia-iriart-la-mercantilizacion-de-la-salud-empezo-en-los-noventa-y-nunca-se-desarticulo/>

Laurell, A. C. (2016). “Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 34(2), 293-314. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/53458/49018>

López, S. (2011). Los subsidios encubiertos al sistema privado de salud. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://cdsa.academica.org/000-034/280>

Maceira, D., y Cicconi, V. (2003). *Obras Sociales Nacionales Financiamiento y Equidad*. Bs. Aires: CEDES. <https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/OSNacionales-MaceiraCicconi-Dec03.pdf>





Marx, C. (1963) Glosas marginales al Programa del Partido Obrero Alemán (Crítica al Programa de Gotha). En: Marx C & Engels F. *Obras Escogidas, en tres tomos*. Tomo II (pp. 222–259). La Habana: Editorial Política.

Marx, K. (1974). *Teorías sobre la Plusvalía*. Tomo I. Buenos Aires: Edit. Cartago.

_____ (2002). *El Capital. Crítica de la Economía Política*. Tomo I, Vol. 1. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.

_____ (2011). *El Capital. Libro I. Capítulo VI. Inédito. Resultados del proceso inmediato de producción*. México D.F: Siglo Veintiuno Editores.

_____ (2013). *El Capital. Crítica de la Economía Política*. Tomo II, Vol. 4. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

Menéndez, E.L. (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?lang=es>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Gasto en Salud. http://paho-hq-chat1.paho.org/spanish/atlas/4_cobertura_y_recursos/gasto_en_salud/definicion.htm

Pan American Health Organization (PAHO) (s.f.). Gasto nacional en salud por año per cápita. http://paho-hq-chat1.paho.org/spanish/atlas/4_cobertura_y_recursos/gasto_en_salud/definicion.htm

Pollock, A. M. (2016). Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, (64), 5-50. [on line]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357544807001>

Programa de Atención Médica Integral (PAMI) (s.f). Afiliados activos, 2019 (Última actualización 8 de octubre de 2020). <https://datos.pami.org.ar/dataset/padron-afiliados/archivo/29695dfd-eb66-4865-a4ea-ee66d5bbca13>

Programa Federal Incluir Salud. Ministerio de Salud (s.f.). <https://www.argentina.gob.ar/acceder-al-programa-federal-incluir-salud>

Programa Sumar. Ministerio de Salud (s.f.a). Total de beneficiarios

inscritos al Programa Sumar con Cobertura Efectiva Básica (CEB). Entre julio 2018 y junio 2019. <http://datos.salud.gob.ar/dataset/total-de-beneficiarios-inscritos-al-programa-sumar-con-cobertura-efectiva-basica-ceb-desagregado/archivo/b7c9b>

_____ (s.f.b). <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

Resolución 1460/2012. Programa Sumar y/o Programa Nacional de Desarrollo de Seguros Público, Publicada en el Boletín Nacional del 13-Sep-2012. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1460-2012-202026>

Rieznik, R. La mercantilización de la salud pública en España. *Hic Rhodus. Crisis capitalista, polémica y controversias* (no. 4 (2) jun 2013. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/hicrhodus/article/view/968>

Roll, E. (1958). *Historia de las doctrinas económicas*. México D.F.: Edit. Fondo de cultura Económica.

Savran, S., & Tonak, E. A. (1999). Productive and Unproductive Labour: An Attempt at Clarification and Classification. *Capital & Class*, 23(2), 113–152.

Smith, A. (1996). *La Riqueza de las naciones (Libros I-II-III y selección de los Libros IV y V)*. Madrid: Alianza Editorial.

Subsecretaría de Planificación Estudios y Estadísticas. Ministerio de Trabajo y Empleo y Seguridad Social (s.f.). Situación ocupacional de los trabajadores de la Rama Salud. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021-10-06-informe_sobre_el_mercado_de_trabajo_del_sector_salud.pdf

Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales. Ministerio de Trabajo y Empleo y Seguridad Social. (2013). Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud. <https://docplayer.es/85946465-Situacion-ocupacional-de-los-trabajadores-del-sec>

Superintendencia de Servicios de Salud. Ministerio de Salud (octubre de 2018). Cantidad de Usuarios de Empresas de Medicina Prepaga (Actualizado mayo 2020). <https://datos.gob.ar/dataset/salud-cantidad-usuarios-empresas-medicinas-prepagas>

Tafari, R., Chiesa, G., Caminati, R & Gaspio, N. (2016). “Lógica del Capital y Salud Pública”. *Rev. Salud Pública* (Córdoba). 20(1):25-37. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/14496>

Tapia Granados, J. A. (2013). “Does investment call the tune? empirical



evidence and endogenous theories of the business cycle". *Research in Political Economy*, 28, 229–259. [https://doi.org/10.1108/S0161-7230\(2013\)0000028009](https://doi.org/10.1108/S0161-7230(2013)0000028009)

_____ (2017). *Rentabilidad, inversión y crisis. Teorías económicas y datos empíricos*. Madrid: Maia Ediciones.

Tobar, F., Olaviaga, S., y Solano, R. (2011). *Retos postergados y nuevos desafíos del sistema de salud argentino* (Documento de Políticas Públicas, Análisis N° 99). Buenos Aires: CIPPEC. [https://bam21.org.ar/comunidad/pluginfile.php/1509/mod_data/content/812/Retos postergados y nuevos desafíos.pdf](https://bam21.org.ar/comunidad/pluginfile.php/1509/mod_data/content/812/Retos%20postergados%20y%20nuevos%20desafios.pdf)

Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En: O. Garay (Coord.) *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal* (pp.506-550). Buenos Aires: Editorial La Ley.

Unión Argentina de Salud (s.f.). Declaración de la Unión Argentina de Salud. 15 de junio 2021. <https://uas.com.ar/declaracion-de-la-union-argentina-de-salud/>

Waitzkin, H. (2018). *Health care under the knife. Moving beyond capitalism for our health*. New York: Monthly Review Press.

World Bank. [data.worldbank.org](https://data.worldbank.org/indicator/SL.SRV.EMPL.ZS) (s.f.a). Employment by sector. <https://data.worldbank.org/indicator/SL.SRV.EMPL.ZS>

_____ (s.f.b). Current Health Expenditure (% of GDP) -Argentina. https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?location_s=AR

World Health Organization (WHO) (s.f.). Global Health Expenditure Database, para año 2019. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

Artículos periodísticos:

Se viene el lapos para todos (2022, 22 de mayo). *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/423276-se-viene-el-iapos-para-todos>

Santa Fe: ministro de Salud y clínicas privadas acordaron un plan de trabajo conjunto. (2020, 9 de enero). *Conclusión*, <https://www.conclusion.com.ar/politica/santa-fe-ministro-de-salud-y-clinicas-privadas-acordaron-un-plan-de-trabajo-conjunto/01/2020/>

Resaltan la articulación público-privada en el abordaje del coronavirus (2020, 20 de marzo). *La Capital*, <https://www.lacapital.com.ar/pandemia/>

resaltan-la-articulacion-publico-privada-el-abordaje-del-coronavirus-
n2573571.html

Cristina Kirchner: “Por favor, dejemos la vacuna y la pandemia afuera de la disputa política” (2021, 14 de junio). *Infobae*, <https://www.infobae.com/politica/2021/06/14/cristina-kirchner-por-favor-dejemos-la-vacuna-y-la-pandemia-afuera-de-la-disputa-politica>

