

“Las desigualdades en el campo de la Salud: el caso de las empresas de medicina prepaga. Una reflexión desde las Ciencias Sociales”.

Maitena Fidalgo, Trabajadora social.

Cita:

Maitena Fidalgo, Trabajadora social. (2004). *“Las desigualdades en el campo de la Salud: el caso de las empresas de medicina prepaga. Una reflexión desde las Ciencias Sociales”*. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/633>

“Las desigualdades en el campo de la Salud: el caso de las empresas de medicina prepaga. Una reflexión desde las Ciencias Sociales”.

Lic. Maitena Fidalgo, Trabajadora social.

mmfidalgo@ciudad.com.ar

Instituto Gino Germani. Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

La presente ponencia se inscribe en el marco del proyecto de tesis de la maestría de Políticas Sociales referido al análisis de las formas de vinculación, formales e informales, entre las empresas de medicina prepaga y las obras sociales sindicales. A la vez dicho proyecto pretende generar una revisión de las formas de conceptualizar al sistema de salud considerando las reformas neoliberales y la nueva configuración del sector de la salud. Este panorama de conformación reciente debe entenderse como el resultante de un complejo proceso de construcción social.

Esta ponencia recupera así las reflexiones de la Monografía de evaluación de la Carrera de Especialización en Gestión y Planificación de Políticas Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Su objetivo específico es reflexionar acerca de las empresas de medicina prepaga y su relación con la resignificación del derecho a la salud, tomando como eje transversal la cuestión de las desigualdades en el sector de la salud. Reconociendo la singularidad que adquirió la conformación del sistema de salud y la forma de estructuración de los derechos sociales en el país, se pretende analizar la nueva configuración del campo de la salud delineada a partir de las reformas neoliberales de los 90.

Se fundamenta esta reflexión señalando que es el diálogo entre las disciplinas de las Ciencias Sociales el que enriquecerá el análisis y la problematización de los “sentidos comunes” que se han construidos en torno al “bien de la Salud”. Los debates en torno al “derecho a la salud” deben plantearse en términos de las posibilidades efectivas de acceso a ciertos servicios de salud como también considerando las condiciones en las cuales el mismo se produce. Resulta ineludible el análisis de las políticas desarrolladas por el Estado y su rol, ya sea como prestador, como garante o como regulador en materia de salud.

El sistema de salud se encuentra conformado por tres sub sectores: público, privado y seguridad social. Asignarle al sistema de salud argentino un grado considerable de fragmentación no puede ser atribuido de manera exclusiva al predominio de la orientación neoliberal de la década del 90. Como tampoco el hecho de señalar que la atención recibida en la cada subsector resulte “desigual”. A tal caso habría que preguntarse en relación a qué definición de bien “salud” es que resulta desigual. ¿Cómo se define entonces las respuestas socialmente aceptables en relación a la satisfacción de estas necesidades? La cuestión que subyace a estas reflexiones es la discusión sobre los niveles de prestaciones de salud que reciben las personas.

Algunos acuerdos iniciales: el campo de la salud y las políticas sociales

Las características que ha asumido la forma de atención de la salud de la población como también los debates y las controversias que suscita en la sociedad, dan cuenta de una alta valoración social de la temática. La importancia que reviste, remite a la problemática misma de la “cuestión social” y a los términos de la integración social. La atención (o no)

de la salud de la población como también la calidad de la misma, interroga y cuestiona a la sociedad en su conjunto.

El reconocimiento de un “campo de problemas” en torno a la satisfacción de las necesidades de salud muestra que dicho tema se ha consolidado en la “agenda de la política social”. El análisis de las políticas sociales se fundamenta y remite, como ya se mencionó, a la noción misma de reproducción social. Por tal motivo, las diferentes definiciones obligan a la consideración de tal proceso tanto en términos materiales como simbólicos y reconociendo a su vez a la reproducción como un “proceso activo de constitución, realizado por los procederes situados de los sujetos activos y compuestos por estos” (Giddens, 1987). El él, se “ponen en juego” las formas de ordenamiento del conjunto social, reconociendo que las políticas públicas adquieren centralidad en dicha disputa. Así “corresponde referirse a la política social (en singular) como la forma política de la cuestión social, que expresa y materializa en las políticas sectoriales” (Grassi, 2003).

Se parte del supuesto de que todos los hechos tienen una dimensión significativa y que además, para poder comprender la realidad es innegable la importancia de una dimensión histórica la cual permita explicar la trayectoria de las instituciones y de las posiciones de los distintos actores. El conocimiento retrospectivo del sistema de salud y de sus distintos sub sectores abre la posibilidad de entender cómo se fue resignificando la concepción del bien “salud”.

En la actualidad, se ha evidenciado más que nunca “la necesidad de someter a discusión el modelo de salud en su conjunto” (Lindenboim, J y Danani, C. 2003). Rovere (2004), por su parte sostiene que “tras 60 años de idas y vueltas parece imprescindible repensar un Sistema de Salud de carácter mixto”. Para asumir este desafío de cuestionar

al sistema de salud es imprescindible conocer la situación actual del mismo colocando el énfasis en las nuevas relaciones y modalidades establecidas. Es decir, en el modelo de gestión, atención y financiamiento construidas entre los diferentes agentes del campo. Además es necesario distinguir la trascendencia que adquirió el "Estado neoliberal asistencialista" (Grassi, 2004) en dicha transformación.

Para ejemplificar este panorama basta con señalar que el 55% de la población no cuenta con servicios de una obra social o de una prepaga, según datos de la Asociación Civil de Actividades Médica Integradas (ACAMI)¹. A su vez según informa la Superintendencia de Servicios de Salud², en el sistema de la seguridad social hay un total de 13.988.481 beneficiarios en agosto de 2004³. Mientras que desde la Asociación de Empresas de Medicina Prepaga (ADEMP) se sostiene que el sector privado atiende las necesidades de salud de alrededor de 2.600.000 personas⁴. Es considerando este panorama que se busca reflexionar en torno a las políticas sociales y el campo de la salud.

La concepción que se asuma de las "políticas sociales" es fundamental para entender el posicionamiento en relación al objeto de conocimiento. Se define la política social, como "un tipo de políticas estatales, y dentro de éstas, sus intervenciones sociales" (Danani, 1996), reconociendo que las mismas apuntan, a través de la distribución secundaria del ingreso, a las condiciones de vida y de reproducción de los grupos sociales. Se adopta una concepción en la cual "las políticas sociales hacen sociedad... o sociedades, según sean los principios que las orientan" (Danani, 2004), es decir que las mismas se encuentran en recíproca vinculación con la conformación de determinado modelo de acumulación. Se entiende que en la construcción de la política intervienen múltiples actores y que la misma cumple una función central en el mantenimiento de la cohesión social, en la medida que "encuentra su razón de ser en la satisfacción de necesidades de

la reproducción no cubiertas por el salario” (Grassi, 1998), evidenciándose así la conexión entre política social y política laboral. La determinación de una cierta política de salud se vincula con el “balance de fuerzas sociales” en relación con los principios y los valores fundamentales que sustentan dicha política.

Otra concepción complementaria permite referirse al concepto de política social como “gestión pública de los riesgos sociales” (Esping Andersen, 2000). De allí se desprende que la “atención de la salud” es en sí misma, “democrática”, en la medida que afecta al conjunto social. En este caso, los procesos de “salud – enfermedad” pasan a ser definidos como riesgo social por tres razones: porque el estado de enfermedad puede generar consecuencias negativas para la sociedad en su totalidad, porque existe un reconocimiento colectivo de que el tema es merecedor de atención pública y finalmente, porque en las sociedades actuales una parte creciente de las posibilidades de enfermar se originan en cuestiones que escapan el dominio individual. Es a partir de estas consideraciones que se analizará el sector de las empresas de medicina prepaga en relación con el sistema de salud en su totalidad.

Salud y Reformas:

Las políticas neoliberales imperantes en el país⁵ contribuyeron a que, el sector de la salud, atravesase una de sus reformas más inciertas en relación con el destino de la atención de la salud de las personas⁶. Esto se debe, como señala Iriart a que en los hechos “la salud deja de tener un carácter universal de cuyo cumplimiento el estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir” (Iriart, 1997). Así la salud queda “librada a la acción del mercado (...) en el cual cada quién se responsabiliza de su salud (...) en tanto consumidor pasivo” (Nicolini, 1999).

Ezcurra (1999) sostiene que junto con la focalización como criterio imperante en materia de políticas sociales desde el discurso neoliberal, se planteó la exigencia de reformas sectoriales, entre las cuales se propuso una “reforma profunda de los sectores públicos, y en particular de los sistemas de salud y educación”. En el campo de la salud, estas tendencias han llevado en términos generales a la desregulación del sector como también a la explícita apertura a los capitales privados, nacionales y extranjeros contribuyéndose a la consolidación de un “mercado de seguros privados de salud”.

La influencia de los Organismos Internacionales de Crédito no fue ajena al campo de la salud, ya que el mismo se constituyó en una de las principales áreas de la reforma neoliberal⁷. Es significativo, en este contexto señalar los principales lineamientos en relación con el sector público y el de la seguridad social para entender el perfil de las reformas. La propuesta de la autogestión hospitalaria en el sector público apunta a generar una nueva gestión institucional y una nueva forma de enfrentar la demanda. Por medio del decreto N° 578/93 se estableció el régimen de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA)⁸, por el cual se le concedió a dichas instituciones la capacidad de gestionar sus propios recursos a través del cobro de los servicios brindados a personas con cobertura (ya sean seguros sociales o privados) o con capacidad de pago. Se creó así, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, el Registro de hospitales públicos de autogestión. El nuevo modelo transforma al hospital en “una empresa de salud” (Leiva, Sato, Lima; 1994) inserta en una compleja red prestadora de servicios “rompiendo” con el discurso de gratuidad y universalidad atribuidos al sub sector.

En relación con el sector de la seguridad social, dos fueron los principales puntos de la reforma: “la identificación de la condición cautiva de los beneficiarios como uno de los problemas básicos de ineficiencia del sistema y el carácter puramente formal que en la

actualidad reviste la solidaridad en que el sistema dice basarse” (Danani, 1994). Se postulaba que iban a ser las condiciones de competencia entre las entidades las que harían que los individuos, a través de sus elecciones racionales, tornen más eficiente el sistema. Finalmente, por medio del decreto 9/93 se estableció la desregulación de las obras sociales sindicales (ley N° 23.660 y N° 23.661) por la cual los afiliados a ellas podría “moverse” dentro del sistema eligiendo la obra social de su preferencia. Esta situación será retomada posteriormente en la consideración del caso de las empresas de medicina prepaga.

El panorama general en el sector salud muestra una aguda crisis de la seguridad social, desprestigiada y desfinanciada; un sector público que mantiene un presupuesto estable ante una demanda cada vez mayor; un sector privado que atiende las necesidades de los sectores con determinado poder adquisitivo, fragmentando y diferenciando planes de salud de acuerdo al monto a pagar. Las desigualdades existentes en el campo de la salud son profundas y cuestionadoras. Así, el ámbito sanitario se consolidó como un mercado más, encontrándose todos los actores como partícipes de una puja distributiva.

En síntesis, es posible postular que la tendencia general se ha orientado hacia una redefinición de la acción del Estado que favoreció el afianzamiento de lógicas propias del mercado en el sector salud. La tendencia a la “privatización” de la responsabilidad por la atención de la salud cuestiona los parámetros de integración social a la vez que abre un amplio campo de problemas en torno al “ciudadano-afiliado- cliente” frente “al hospital público, la obra social y la empresa de medicina prepaga”. Pero en definitiva, “lo que está en juego en estos procesos de reforma (y en las discusiones que lo rodean) no son sólo problemas sectoriales, ni una concepción restringida de políticas sociales, sino modelo de

organización social, valores éticos, y políticos y correlaciones de fuerzas entre actores con posiciones e intereses muy diferentes” (Danani, 2003).

La singularidad del sector de las empresas de medicina prepaga

Es posible iniciar esta reflexión señalando que “los seguros médicos, tanto públicos como privados, constituyen formas de reducción del riesgo asociado a la imposibilidad de disponer de los recursos financieros para sufragar los costos médicos cuando exista la necesidad. (...) Particularmente se puede indicar que las empresas de medicina prepaga son aquellas que, actuando en el ámbito privado, y sin estar sujetas al contralor estatal, asumen, el riesgo económico y la obligación asistencial, conforme a un plan de salud para la protección de la salud de los individuos que voluntariamente contratan con las mismas y que, como contraprestación, se obligan al pago de una cuota periódica” (Garay, 2004). La modalidad de contratación directa de la prepaga se caracteriza porque "la contratación del seguro opera en la esfera individual, según la lógica del mercado. El Estado no interviene ni como prestador ni como financiador debiendo operar como regulador" (Fidalgo, 2001), es decir que debe mediar entre la oferta y la demanda de los servicios sanitarios, estableciendo reglas y condiciones de intercambio⁹. Esto se debe al reconocimiento de que, la sola acción del mercado no asegura la plena satisfacción de las necesidades de la población. La importancia de esta función se incrementa en los seguros de salud. Así, la asimétrica relación que existe entre la empresa y el afiliado, en lo que a la forma de estipulación del contrato se refiere, se acentúa por el objeto del mismo y por las características que asume dicho contrato como se analizará posteriormente.

Las empresas de medicina prepaga están obligadas, al igual que las obras sociales, a asegurar el Programa Médico Obligatorio (actualmente de emergencia) a todos sus usuarios. Esto lo determinó la ley N° 24.754 al fijar los términos básicos del plan médico asistencial. Anteriormente la ley N° 24.55 ya había establecido la obligatoriedad de asegurar el tratamiento médico, psicológico y farmacológico de los pacientes afectados por HIV-SIDA y de aquellas personas que se encuentren en tratamiento por uso de estupefacientes. La ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor y de la Competencia interviene en los intersticios legales derivados de la carencia legal específica antes mencionada. Si bien han existido en los últimos años distintas iniciativas de regulación específica del sector, ninguna alcanzó aprobación en el Congreso.

Uno de los puntos de mayor interés en la actualidad se refiere al complejo y heterogéneo campo de los usuarios de las empresas de medicina prepaga, el cual cuestiona la definición antes citada de las empresas de medicina prepaga. Existen dos tipos de usuarios (los cuales se vinculan con formas de contratación específicas): los asociados directos y los indirectos. Los primeros son aquellos que contratan en el mercado una empresa de servicios de salud a través del pago “de bolsillo” de un monto acordado por contrato como contrapartida del seguro de salud acordado. Los segundos son aquellos afiliados a obras sociales que realizaron un contrato de prestación de servicios con una determinada empresa de medicina prepaga que actúa como “prestador” de los servicios, mientras que la obra social limita su accionar a la recaudación y derivación del aporte correspondiente. En este último caso es frecuente el complemento del aporte, por parte del usuarios, con un pago “extra” que apunta a acceder a un plan superador. Esta situación muestra como se ha fragmentado el grupo de los usuarios de las mismas: la figura del afiliado y la del clientes se entrecruzan en forma recurrente. No obstante, el tipo de asociado indirecto se encuentra en una situación de mayor protección, ya que es a

través de la mediación de la obra social que posee más mecanismos de reclamo y aseguramiento de sus derechos. En cambio el tipo de asociados directos, es decir el sector "tradicional" de usuarios de empresas de medicina prepaga no dispone de una protección legal acorde.

En el caso de los asociados directos, la formalización de la relación entre empresas y clientes se materializa en el contrato, por el cual las dos partes se asocian voluntariamente y es por intermedio del mismo que las mismas se obligan recíprocamente: una a efectuar el pago correspondiente y la otra a brindar los servicios de salud. Como en todo seguro, la incertidumbre y la posibilidad de sufrir una contingencia de la salud justifica el pago mensual de la cuota. Según informa la Sub Secretaría de Defensa de la Competencia y del Consumidor¹⁰, los principales puntos de conflicto son: la falta de cobertura de prestaciones médicas o patologías definidas en el PMOE, las variaciones intempestivas de los valores de las cuotas, la no cobertura del Plan Materno Infantil, la falta de realización de los descuentos establecidos a cada tipo de medicación, el establecimiento de períodos de carencias y/o preexistencias, la rescisión de los contratos sin causa justificada, entre otros.

La relación asimétrica que se establece entre la empresa y el cliente remite al inicio mismo de dicha relación, es decir al "contrato". El mismo asume la forma de un "contrato bilateral, consensual (...) que para el afiliado se trata de una variante de los contratos de adhesión" (Gobato, 1999). Son estos contratos los que determinan los servicios que constituyen el contenido asistencial, en la medida que fijan el plan de salud convenido por el cual el afiliado se compromete al pago de un cierto importe como así también los adicionales y servicio adicionales o superadores fijados. Esta situación de lugar al establecimiento de "cláusulas abusivas" las cuales han sido objeto de numerosas

controversias. Es por ese motivo que desde la Sub Secretaría de Defensa del Consumidor se han dictado las resoluciones 53/03 y 9/04 que intentan frenar estas arbitrariedades. Otras de las normativas vigentes son las resoluciones Nº 54 y 60/00, ambas también de la Sub Secretaría de Defensa del Consumidor. En este caso, las mismas pretenden regular el tema del aumento arbitrario de las cuotas.

Un análisis de la actividad desarrollada por las empresas de medicina prepaga muestran una serie de temas que deben ser considerados y que se vinculan con la falta de normatización de la situación de los asociados directos. Los alcances y el tipo de cobertura que las empresas deben o deberían brindarles a sus clientes como también las preexistencias, los períodos de carencia y las exclusiones de cobertura ameritan una consideración especial. Estas cuestiones remiten al “plan de salud” contratado y confrontan los principios de la teoría del seguro con las significaciones atribuidas a la “atención de la salud”. Nuevamente el Programa Médico Obligatorio de Emergencia es el parámetro, no siempre reconocido, que define la controversia. Antes que ahondar en el análisis es aconsejable precisar algunos conceptos. Al hacer referencia a las “enfermedades preexistentes” hay que mencionar que “son aquellas que se presentan en el momento de la afiliación o en el momento de cumplir los plazos de carencia” (Ahuad, Paganelli y Palmeyro, 1999). La consecuencia del establecimiento de preexistencias es que las mismas no serían cubiertas por la aseguradora independientemente del transcurso del tiempo. Al momento de incorporarse a una empresa de medicina prepaga, el cliente debe firmar una declaración jurada en relación a su estado general de salud por el conocido, lo cual condicionará los alcances del contrato. Los “períodos de carencia” indican el tiempo de espera que la persona se supone que debe aguardar para poder hacer uso de determinadas prestaciones médico asistenciales, ya que se busca asegurar un nivel mínimo de aportes y de permanencia en la aseguradora. Estas cuestiones

deberían haberse disipado tras la sanción de la mencionada ley, no obstante siguen siendo motivos de disputas en la relación entre las partes. La cuestión central señala que ningún contrato celebrado por las prepagas debería establecer exclusiones de cobertura en lo referido al “conjunto de Prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios”¹¹ a través del Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

La situación de los seguros privados de salud ofrece múltiples cuestiones a analizar. Pero interesa destacar lo específico de la articulación empresas de medicina prepaga – obras sociales. Si bien se puede afirmar que la posibilidad de libre elección de obra social es una de las conquistas de las propuestas neoliberales en este sub sector, hay también un legado no formalmente reconocido. Al no haberse establecido la posibilidad de competencia “abierta” entre ambos tipos de entidades, se desarrollaron articulaciones no reglamentadas por el Estado, las cuales redefinieron parte de las “reglas” y las “condiciones” del campo. Los asociados indirectos a las empresas de medicina prepaga permiten dar cuenta de dichos procesos. Así, las formas en las cuales se llevó (y lleva) a cabo la posibilidad de opción de cambio entre las obras sociales no fue normatizada por la Superintendencia de Salud, específicamente en lo referido a los mecanismos de selección con los cuales operaron las obras sociales que establecieron convenios con empresas de medicina prepaga. La situación de los convenios analizados se sostiene bajo la forma de que las empresas actúan como meros “prestadores de servicios”, debiendo acreditarse ante la Superintendencia de Servicios de Salud. Pero en realidad obedece a dos situaciones diferentes: una es la de una empresa que actúa como prestadora de determinada obra social y otra diferente es la transferencia de la cartera de beneficiarios a la empresa, manteniendo la entidad sindical sólo la función de recaudar y derivar los aportes. Es en función del aporte que la persona o grupo familiar posea como del plan

pretendido que se suele establecer un pago adicional “de bolsillo”. Si bien la cobertura que la obra social debe garantizar se circunscribe al PMOE, se les suele ofrecer, una vez que son derivados a la prepaga, la opción de un “plan superador” que tienen a generar un aporte complementario al aporte, como ya se mencionó.

De parte de las empresas se observó una “búsqueda dirigida” hacia los sectores de mayores ingresos, en primera instancia y luego hacia aquellos grupos con menor tasa de uso de los servicios de salud (jóvenes, preferentemente de sexo masculino). Han sido dichos convenios establecidos con las prepagas los que se han constituido en focos de atracción de afiliados que se “movieron” entre las entidades sindicales buscando determinada empresa. Según datos de la Superintendencia de Servicios de Salud¹² brindados a través de su sitio en Internet, de los 1.050.558 traspasos que se registraron desde mayo de 1998 hasta enero de 2004, de las 15 obras sociales que recibieron más cantidad de afiliados desde el inicio de la posibilidad de libre opción¹³, un total de 13 entidades presenta algún convenio con una empresa o grupo económico de alguna prepaga.

Si bien el comportamiento del sector privado es coherente con su lógica interna, se multiplican las contradicciones para poder explicar este comportamiento sindical en términos de identidad y de defensa de los principios históricamente atribuidos al sector. En este sentido puede postularse que en esta “articulación” fueron las empresas las que lograron “colonizar” a las entidades sindicales con sus principios e intereses. Así, dichas condiciones de competencia se dieron de forma “encubierta”, a través de los convenios de prestación establecidos entre estos tipos de entidades. Las nuevas relaciones responden a acuerdos no formales, de bajo registro, pero efectivos y con capacidad de “hacer institución” y de “hacer sociedad”, entre ambos tipos de entidades.

Las empresas de medicina prepaga vieron en esta estrategia una forma de compensar la crisis del sector que se inició hacia mediados de la década del 90 y se agudizó por el aumento de los costos, las mayores demandas y reclamos, la salida de clientes o bien su traspaso hacia planes más económicos (“efecto cascada”). Tienen así un grado de responsabilidad legal menor, a la vez que se aseguran por ejemplo, poder recurrir a través de la obra social con la cual tienen el convenio, al uso del Fondo Solidario de Redistribución en los casos estipulados. En definitiva, mantienen un perfil “oculto” ante la acción reguladora del Estado. Así, la situación de los asociados indirectos a las empresas de medicina prepaga se constituye en un sumamente “novedoso” en el campo de la salud que conjuga elementos y lógicas diferentes, y que debería convertirse en objeto de análisis para las Ciencias Sociales por su creciente relevancia.

Nuevas relaciones, nuevas formas de pensar el campo de la salud: Conclusiones.

Los procesos de reforma producidos en la década del 90, en el marco de la hegemonía de las políticas neoliberales, redefinieron los sentidos y las formas de atención de la salud, coexistiendo en la actualidad patrones y lógicas que responden a concepciones diferentes.

El sector de la salud presenta un alto grado de fragmentación, rasgo no necesariamente novedoso pero la singularidad que asume esta fragmentación es que en la actualidad se complementa con la agudización exacerbada de las desigualdades. Las diferencias en la atención que reciben los usuarios de los hospitales públicos, de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga (las cuales se reproducen a su vez al interior de cada

sub sector) dan cuenta de la existencia de patrones de acceso y atención diferenciales en la atención de la salud sumamente cuestionables.

En la actualidad, es innegable que el “campo de la salud” ha sido colonizado por grandes grupos económicos. Es necesario romper con visiones ingenuas que pretenden atribuirle a la atención de la salud una supuesta neutralidad en términos de intereses económicos, políticos y sociales, y reconocer que los mismos siempre han estado presentes. La década del 90 se encargó de exacerbar dicho proceso, a la vez que ha incrementado las desigualdades no sólo entre sub sectores sino al interior de cada uno. La agudización de dichas “brechas” tampoco es un fenómeno atribuido en forma exclusiva al campo de la salud, sino que se hace extensivo al conjunto social.

La redefinición del “bien Salud” podría definirse como de una creciente mercantilización de la atención y el acceso a la misma. En términos de Álvarez Uría (sin datos de edición), es posible sostener que la corriente neoliberal ha generado una “mercantilización cada vez más profunda del espacio social” que tiende a un vaciamiento de la cuestión social misma. En el campo de la salud, estas reflexiones remiten a la necesidad de cuestionar al sistema de salud en su conjunto, rompiendo con análisis fragmentados. Las discusiones en torno al “derecho a la salud” deben partir de análisis profundos del campo, teniendo en cuenta los niveles de desigualdades existentes para poder recuperar la resignificación del “bien salud” y pensar políticas acordes.

Bibliografía:

- AHUAD, Alfredo; PAGANELLI, Alberto; PALMEYRO, Alejandro. (1999). *Medicina Prepaga. Historia y Futuro*. Buenos Aires. Ediciones Isalud.
- BOURDIEU, Pierre (1998). *Cosas dichas*. Gedisa Editorial, Buenos Aires.
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loïc (1995) *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Grijalbo.
- DANANI, Claudia. (1994) “El proyecto de libre afiliación a las obras sociales: análisis y perspectivas”. En: PRONATASS *Planificación y Gestión de políticas sociales*, Buenos Aires.
- DANANI, Claudia (1996). “Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto”. En: Susana Hintze (organizadora): *Políticas sociales. Contribución al debate teórico-metodológico*. Buenos Aires. CBC-UBA.

- DANANI, Claudia (2004). "Introducción. El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social". En DANANI, C. (compiladora) *Política Social y economía social. Debates fundamentales*. Buenos Aires. Editorial Altamira.
- ESPING ANDERSEN, Gosta (2000). *Fundamentos sociales de las economías post-industriales*. Ariel. Barcelona.
- EZCURRA, A. (1999) *¿Qué es el neoliberalismo? Evolución y límites de un modelo excluyente*. Lugar Editorial/IDEAS. Buenos Aires.
- FIDALGO, Maitena (2001). "El Sistema de Salud Argentino actual". Bs. As. Inédito.
- GARAY, Oscar (2004). *La empresa de Medicina Prepaga*. Buenos Aires. Ad-Hoc.
- GIDDENS, Anthony (1987) *Las nuevas reglas del método sociológico*. Amorrortu. Bs. As.
- GOBATO, Alan Carlos. (1999). "Autonomía de la voluntad del afiliado en el contrato de medicina prepaga. Relaciones de consumo". Inédito.
- GRASSI, Estela (1998). "Políticas Sociales, necesidades y la cuestión del trabajo como capacidad creadora del sujeto humano". En: VILLANUEVA, Ernesto (coord): *Empleo y globalización. La nueva cuestión social en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes. Buenos Aires.
- GRASSI, Estela (2003) *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- GRODOS, Daniel y BÉTHUNE, Xavier. (1996) "Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo". En: Cuadernos Médicos Sociales N° 46.
- IRIART, Cecilia. (1997) "La reforma del sector salud en la Argentina: de la salud como derecho social y bien público a la responsabilidad individual y bien de

- mercado”; en: *Reforma en salud: lo privado y lo solidario*, Ed. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. Ceas, Ecuador.
- IRIART, Cecilia; LEONE, Francisco y TESTA, Mario. (1995)“Las políticas de salud en el marco del ajuste”. Cuadernos Médicos Sociales N° 71.
 - LEIVA, E.; SATO, M; LIMA QUINTANA, L. (1994) Instrumentos para el hospital público de autogestión. Bs. As. Ministerio de Salud y Acción Social. (PRONATASS).
 - LINDENBOIM, J. y DANANI, C. (coord.) (2003). *Entre el trabajo y la política. Las reformas de las políticas sociales argentinas en perspectiva comparada*. Buenos Aires. Biblos.
 - NICOLINI, Carlos.(1999) “Políticas de salud”. En: *Salud y población en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Cuaderno N° 1.
 - ROVERE, Ma. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. Artículo publicado en la Revista Electrónica La Esquina del Sur. En: [http:// www.laesquinadelsur.com.ar](http://www.laesquinadelsur.com.ar).

¹ Según nota publicada en el diario La Nación, 4 de agosto de 2004. Allí se afirma que “unos 20.000.000 de argentinos, el 55 por ciento de la población del país, no tiene obra social ni medicina prepaga, por lo que acuden a los hospitales públicos, donde la atención está restringida en horarios y la mayor parte del tiempo se reciben sólo emergencias”.

² Extraídos de [http:// www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar).

³ Dichos beneficiarios se distribuyen de la siguiente forma: empleados en relación de dependencia 9.672.440; empleados monotributistas 98.744, jubilados 3.298.834, adherentes 126.735, monotributistas autónomos 779.081, servicios doméstico 12.647.

⁴ Dicha cifra fue dada por el Presidente de ADEMP, Dr. Pablo Giordano, en la Jornada organizada por la Asociación de Economía de la Salud (AES) el día 24 de agosto de 2004, en la Fundación Isalud denominada “Propuestas para mejorar el desempeño de las entidades de salud”.

⁵ La última dictadura militar (1976) marca el punto de inflexión en el cambio de orientación del paradigma hegemónico, creando las condiciones por las cuales el neoliberalismo ha llegado a ocupar dicho lugar.

⁶ Ver: GRODOS, Daniel y BÉTHUNE, Xavier. “Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo”. En: Cuadernos Médicos Sociales N° 46, 1996 e IRIART, Cecilia; LEONE, Francisco y TESTA, Mario. (1995)“Las políticas de salud en el marco del ajuste”. Cuadernos Médicos Sociales N° 71.

⁷ En el marco de las políticas desarrolladas bajo la inspiración de dichos organismos se destaca: el Programa de Reformas del Sector Salud (PRESSAL) que pretende según su formulación contribuir a la reforma del sector salud en los subsectores público y de las obras sociales reformulando los mecanismos de gestión e interrelación generando un modelo que promueva la complementariedad y proporcione las herramientas necesarias para lograr mayor eficiencia y equidad, asegurando la calidad de las prestaciones; y el Programa de Reconversión de las Obras Sociales que apunta apoyar la reconversión de las entidades sindicales a través del financiamiento de los Planes de Reconversión, garantizando los préstamos subsidiarios a través de la recaudación de éstas con la finalidad de lograr la sostenibilidad de la viabilidad económica y financiera de las obras sociales para favorecer su capacidad de gestión.

⁸ Ver: Hospital público de autogestión. Programa Nacional para el fortalecimiento de los hospitales públicos argentinos. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa de reforma del sector salud. Pressal. 1999.

⁹ Son múltiples las áreas en las cuales el Estado puede desarrollar su función reguladora: recursos humanos, recursos físicos, oferta de los seguros privados, oferta de medicamentos, precios y prescripciones.

¹⁰ Datos extraídos de <http://www.mecon.gov.ar>

¹¹ Resolución 201/02 del Ministerio de Salud Pública en la cual se establece el PMOE.

¹² Datos extraídos de <http://www.ssalud.gov.ar>.

¹³ Las obras sociales que más afiliados recibieron son en orden decreciente: Personal del Automóvil Club Argentino, Personal del Organismo de Control externo, Unión Personal Civil de la Nación, Actividad de Seguros y Reaseguros, Empleados de Comercio y Actividades Civiles, Comisarios Navales, Personal de la Actividad del Turf, Jerárquicos de la Industria Gráfica y de Agua y Energía, Petroleros, Personal de la actividad cervecera, Supervisores de la industria metalúrgica, Árbitros deportivos, Personal de aeronavegación de entes privados, Bancarios, y de la Actividad Docente.