

Escudero, J. 2014. Proceso de integración del sistema de salud, *Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 5:121-131

---

## PROCESO DE INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

**José Carlos Escudero**  
Departamento de Ciencias Sociales  
Universidad Nacional de Luján

### RESUMEN

En este artículo se analiza el sistema de salud de Argentina: su historia, las características de los subsistemas actuales, el tipo de población que atiende cada uno, sus especialidades y el tipo de corrupción que afecta a cada uno. Se enfatiza la situación de los medicamentos y su alto y en gran parte innecesario gasto. Par integrar los disímiles subsectores actuales de salud se propone un significativo aumento de la inversión federal en el subsistema público para fortalecerlo relativamente frente a los demás y para dificultar desestabilizaciones políticas a través del sector salud

**Palabras clave:** Argentina, salud, subsistemas, integración, poder político.

### PROCESS INTEGRATION OF HEALTH SYSTEM

Recibido: 18.10.2014  
Aceptado: 23.10.2014

## **ABSTRACT**

An analysis is made of the Argentinian Health Sector; its history, the characteristics of its subsectors, the different strata of population that each looks after, their specialties and the type of corruption that affects each of them. Emphasis is centered in the pharmaceutical industry, due to high and largely unnecessary costs. In order to integrate the different current health subsystems, it is proposed to significantly increase financing of the public health subsector, with the purpose of strengthening it, of increasing its relative weight, and of making more difficult political destabilizations through the Health Sector.

**Key Words:** ARGENTINA- HEALTH- SUBSYSTEMS- INTEGRATION- POLITICAL POWER

## **La situación actual**

Como en muchas otras áreas de la sociedad argentina, la salud nacional muestra una ( aparente ) paradoja: un país que puede alimentar una población muy superior a la que hoy lo habita ;que dispone de recursos humanos para la salud colectiva nacional que ya han sido capacitados, que están experimentando un alto nivel de sub - y paraempleo y que estarían disponibles para ser utilizados en una propuesta alternativa para el sector que fuera mas mano de obra intensiva que la actual; un país que tiene tecnología para fabricar la mayoría de los insumos que el sector utiliza; cuya población tiene un nivel educativo comparativamente alto; con una alta urbanización, lo que territorialmente facilita la accesibilidad; un país que tiene un gasto en salud que en términos “macro” es adecuado aunque su estructura de gasto es la que corresponde a la actual ineficiente e inequitativa situación. En paralelo con tantos datos positivos, que permitirían que tuviéramos una salud aceptable, hoy sufrimos niveles de mortalidad que nos avergüenzan, en retroceso relativo con respecto a países que aventajábamos hace unas décadas; niveles de desnutrición que hacen que muchos de nuestros conciudadanos se alimenten de la basura, ejemplo extremo de los millones de personas que están comiendo menos – en cantidad y calidad – de lo que su biología requiere; y niveles de morbilidad que en gran parte desconocemos, ya que la población en peores condiciones sanitarias es a la vez la que tiene menores posibilidades de concurrir al sistema de atención, y por tanto no puede generar datos estadísticos de su morbilidad. En un contexto de recursos que ya existen en nuestro país o que pueden crearse fácilmente y que son importantes, debemos ver a nuestra mala salud colectiva no como una fatalidad, debemos verla como una construcción social, como resultado de decisiones que se toman en nuestra sociedad, decisiones que en general no se explicitan, pero que por esto no son menos contundentes.

La oferta de salud para nuestra población es fragmentada y existen por lo menos tres subsectores, que configuran un panorama que para los observadores aparece caótico. Se suele decir que esto es irracional, lo cual es falso. Nuestra fragmentada salud actual es profundamente racional para los intereses de poderosos actores sociales. Historiando esta fragmentación, podemos mencionar que las instituciones que se crearon con propósitos de beneficencia durante la dominación española y en los primeros tiempos de la república se convirtieron en el actual subsistema público de salud, que sigue siendo más o menos gratuito y está más o menos financiado por Rentas Generales. Su filosofía está basada en el concepto de salud como derecho de ciudadanía o de residencia, está abierto a toda la población, y es el único que hoy atiende las demandas (ya que no las necesidades) del 60% más pobre de la población. Además cubre la gran mayoría de las enfermedades catastróficas o crónicas, las emergencias, casi toda la medicina preventiva, casi toda la docencia, casi toda la investigación, a toda la población dispersa, y en general a todas las patologías que no ofrecen el beneficio económico que las empresas de lucro en el sector evalúan como conveniente, (el SIDA, por ejemplo), o que tienen un alto impacto social, como las catástrofes. El subsistema público, cuya calidad de atención es aceptable, cuyo nivel de hotelería y estética es deplorable, es altamente “costobeneficioso”, si relacionamos los recursos que se vuelcan en él con el volumen de sus prestaciones. El segundo subsistema de salud en Argentina se configuró en un momento histórico posterior al subsistema público: las mutuales de trabajadores - en general fundadas por obreros inmigrantes a fines del S. 19 - se convirtieron en el actual subsistema de Obras Sociales (OOSS), al cual se accede por derechos asociados al trabajo, que teóricamente atiende al aproximadamente 50% de la población que tiene empleo “en blanco” aunque la real cobertura que ofrece a estos es bastante menor, siendo especialmente deficitaria en las áreas que ya se han mencionado. Como tercer subsistema, los médicos que atendían a pacientes privados en su consultorio o iban a visitarlos a domicilio con su maletín se convirtieron, tras una vertiginosa mudanza, en el actual subsistema privado de salud: empresas capitalistas cada vez más concentradas en las últimas décadas, que ofrecen atención, en general por el sistema de prepago a seguros médicos. Este subsistema hace escasísima medicina preventiva, investigación, docencia y respuesta a catástrofes, y reduce su oferta sanitaria a los grupos de población y las patologías que arrojan beneficio económico... salvo que reciba un subsidio del Estado para hacer otras actividades. Dentro de este subsistema, los profesionales farmacéuticos que otrora preparaban recetas magistrales en su farmacia familiar, mutaron, en otro cambio vertiginoso, en la industria farmacéutica actual, que concentra hoy casi un tercio del gasto total en salud, del cual casi la mitad del cual es gasto de bolsillo de la población, y que ofrece el consumo de una plétora de medicamentos, algunos de los cuales han sido retirados del mercado en países con controles mayores que el nuestro, mientras que muchos otros carecen de eficacia comprobada, siendo el costo de todos ellos apreciablemente superior al que resultaría si se compraran en el Mercado los principios activos de las drogas y luego se los fraccionara para los consumos individuales.

Los tres subsistemas mencionados son tan disímiles, y tiene intereses tan distintos que toda integración de ellos que vaya mas allá de un ejercicio retórico, o que en los hechos no se traduzca en un flujo unilateral de recursos económicos para beneficiar a alguno de ellos es imposible. Transferir dinero es la forma, por ejemplo, con que Estados Unidos “integra” su heterogeneidad sanitaria: fondos generados por el conjunto de la sociedad son transferidos a prestadores privados , a las empresas privadas de seguro y a proveedores de insumos, en condiciones de extrema asimetría en beneficio de ellos , configurando una “integración” que produce altísimos costos administrativos, que tiene gran dificultad de auditoría y cuyo resultado ha producido la imposibilidad política – por la eficazísima configuración de un actor social muy poderoso que se beneficia del statu quo- de efectuar cambios racionales, aunque sean menores. Estados Unidos tiene por lejos la salud más costosa de los países industrializados, y sus indicadores sanitarios son deplorables comparados con los demás países de este grupo. En el otro extremo, configurando un sistema nacional de salud radicalmente distinto, se puede mencionar la alta racionalidad del sistema de salud de Cuba, traducida en la forma en que recursos escasos, típicos de un país periférico, consiguen niveles de salud colectiva comparables a los del mundo industrializado.

Las consideraciones que siguen colocan el debate acerca de una posible integración de los subsistemas de la salud argentina dentro de un análisis donde la política, la acumulación de poder político, las necesidades del Estado argentino de fortalecerse y de legitimarse, de nuestra clase política y nuestras dirigencias gremiales de conservar espacios, de nuestra población de no morir y enfermarse innecesariamente , de nuestra sociedad-victima a partir de 2001 de la peor crisis socioeconómica de la Argentina moderna – de emprender un camino de justicia social y de desarrollo de su potencialidades juegan un papel. Reflexionemos sobre un hecho fundamental: la salud colectiva sensata consiste en la aplicación masiva a la población de medidas avaladas por el conocimiento científico que han demostrado empíricamente sus beneficios, y que se traducen en una disminución de la morbimortalidad, y una maximización del potencial genético de crecimiento y desarrollo de la población . Estas medidas no son especialmente onerosas, son absolutamente costeables por un país de desarrollo intermedio como el nuestro, y podrían aplicarse en un tiempo relativamente breve. No se requiere la generación de nuevo conocimiento para mejorar muy significativamente nuestra salud colectiva: aunque se congelara la generación de éste, bastaría la aplicación de lo que ya se reconoce como eficaz en el campo de la salud para que nuestro perfil de patología mejorara dramáticamente en pocos años.

Por diversas y poderosas razones no podemos mutar en Estados Unidos o en Cuba, que configurarían hoy los modelos mundiales más disímiles de organización de un sistema nacional de salud. Ambos tienen vehementes defensores entre nosotros, especialmente el primero, pese a sus altos costos y sus mediocres resultados. No tenemos los insumos económicos para una solución “a la norteamericana”, no tenemos los insumos políticos para

una solución “a la cubana”. Dentro de estas limitaciones “estamos condenados a la sensatez”: usar recursos locales y viables para integrar la salud nacional de tal manera que se reduzca la actual horrible situación en la cual varias decenas de miles de nuestros compatriotas mueren innecesariamente todo los años, varias centenas de miles enferman innecesariamente y algunos millones no llegan a maximizar su mensaje genético de crecimiento y desarrollo corporal. Estas metas no configuran un problema técnico importante. La salud es un problema fundamentalmente político, en cuanto se trata de canalizar recursos que ya existen en pos de una meta decidida socialmente. Introduzcamos, entonces, un análisis de la política y de la acumulación del poder político para proponer escenarios futuros de integración de la desmembrada, ineficiente e injusta salud argentina actual.

Primero una reflexión: los adjetivos “ineficiencia”, “injusticia”, “corrupción” y “clientelismo” se usan con liberalidad en Argentina para defender y criticar opciones en los sistemas de salud. Ninguno de los subsistemas existentes es inocente del reproche de uso de prácticas repudiables a su interior. El subsistema público y el de OOSS pecan de clientelismo: el acceso selectivo a recursos escasos de salud mediante las influencias político partidarias o de grupo, y ambos tienen un alto ausentismo de trabajadores. Los tres subsistemas pecan de corrupción, el público y las OOSS de corrupción en general molecular ( táctica, puntual, focalizada ) ; el privado prestador de servicios y los fabricantes de medicamentos e insumos de corrupción de tipo cupular , presionando o sobornando a las mas altas autoridades nacionales y provinciales de los tres Poderes, especialmente en las áreas de economía, regulación y finanzas, Ninguno de los tres subsistemas es eficiente, entendiendo por este término una maximización de los recursos disponibles para obtener resultados deseables en términos de morbilidad o de nutrición colectiva; siendo ejemplos notorios de esta ineficiencia el alto gasto administrativo de las OOSS y el subsector privado; la forma en que ellos retacean la atención a su población necesitada, por razones fundamentalmente de costos en las OOSS, de maximización del beneficio mediante el “descreme” de los grupos de población mas redituables el subsector privado; la forma en que las OOSS y sobretodo el subsector privado descuidan la medicina preventiva, la Atención Primaria de la Salud y las actividades mano de obra intensivas con bajo componente de capital, herramientas de suprema eficiencia sanitaria, que Cuba y varias otras experiencias a nivel nacional, regional o local nos han demostrado que son las mas recomendables; y el muy alto gasto que tienen los fabricantes de medicamentos en las áreas de publicidad, marketing y promoción, lo que aumenta significativamente el costo final del producto y configura una ineficiencia sanitaria flagrante.

Con respecto a los elementos de política y de poder que deben tenerse en cuenta para postular cambios e integraciones en el sector, anotemos que se estima que el gasto en salud alcanza el 8% del PBI mundial, que este gasto se encuentra en constante aumento, especialmente en los rubros de medicamentos y tecnologías complejas, que estos grandes montos de dinero pueden traducirse en montos de poder político igualmente grandes, que

son usados en escenarios internacionales o nacionales para bloquear propuestas alternativas al actual “statu quo”, para torcer caminos y para volver preferibles algunas opciones en vez de otras. Sobre el sistema de salud norteamericano se ha dicho que nada menos que una catástrofe nacional podría estimular un cambio en el, como observó a su pesar Clinton, cuando su muy moderada propuesta de cambio fue rechazada, en lo que configuró la mayor derrota política de su presidencia; sobre las radicales y progresistas reformas implantadas en Italia y España hacia un sistema universal y gratuito se ha dicho que hubieran sido imposibles si Berlusconi y Aznar hubieran estado en el poder; sobre la iniciativa del gobierno de la Republica de Sudáfrica de aumentar sus márgenes de maniobra en cuanto a la fabricación de medicamentos con respecto a lo que la OMC normatiza y los países que hoy fabrican desean, todos los observadores pronosticaban su fracaso, y su éxito final fue inesperado. Al ser salud un área central de obtención de beneficio económico es, a la vez, un área central de aplicación de poder político, contrastando esto con otro sector social como educación, menos vinculado a la acumulación económica y a la vez, paradójicamente, requirente de medidas técnicas que suelen ser de aplicación mas compleja que las de la salud. En nuestro país las reformas en educación, en cuanto este sector genera subjetividad colectiva, suelen estar bajo la mirada escudriñadora de la Iglesia Católica, pero de pocos otros actores sociales; en cambio toda reforma en salud en nuestro país va a afectar un cúmulo de intereses económicos, que es posible tengan contradicciones internas en algunas áreas ( por ejemplo los fabricantes privados nacionales de medicamentos versus los multinacionales ), pero cuya sumatoria de poder es intimidante para el conjunto de nuestra clase política

Toda tentativa que intente el Estado argentino de integración de los actuales subsistemas de salud que no pase por satisfacer las automáticas y previsibles demandas de OOSS y Privados ( para las OOSS la garantía de un subsidio diferenciado, la posibilidad de enjugar sus periódicas crisis de financiación, la vista gorda ante sus irregularidades ; para el subsector privado la posibilidad de aumentar su rentabilidad ) va a suponer una apuesta política importante para el político / estadista que la intente, y de hecho no ha sido intentada por ninguno de los gobiernos nacionales que se han turnado en el poder desde el retorno de la democracia. Si extrapolamos de esta situación fáctica, la posibilidad que esto se intente ahora se acerca a cero, pero es posible postular hoy ( quizás como una expresión de deseos) que los tiempos que estamos viviendo en el país son en cierto modo nuevos, ante la peor crisis económica y social de nuestra historia moderna, el reciente derrocamiento de un presidente que había sido elegido democráticamente con alto consenso apenas dos años antes, un escenario político novedoso con rápidos cambios; por ultimo el acicate ético que supone el observar cotidianamente que nuestra mortalidad tiene niveles vergonzosos, que nuestros conciudadanos mas enfermos tienen escaso acceso a instituciones de salud que además no dan abasto a la demanda, que el quedarse a dormir una noche en una silla en un hospital es una de las pocas e impredecibles formas de obtener un número para ser atendido el día siguiente, que gran parte de los medicamentos que consume una población empobrecida ( recordemos que cuanto mas bajo es el ingreso, mayor es el porcentaje de el

que se destina a medicamentos ) no sirven, y, por último, que muchos de nuestros conciudadanos se alimentan de la basura y viven en casas inhabitables .Dejemos a los historiadores la polémica sobre lo determinista o aleatorio del devenir histórico. De hecho, el Plan Fénix, con su postulación de un modelo societal distinto, que ha surgido por el acicate de los tiempos terribles que hemos estado viviendo, puede sugerir que los tiempos de hoy pueden llegar a ser fundacionales, y que hay que estar preparados ante esta eventualidad, que quizás sea improbable pero que no es imposible.

La literatura especializada nos informa que un sistema universal de salud, basado en el derecho de ciudadanía, financiado por las Rentas Generales y en general gratuito ( y cuando no lo es , esto se debe al deseo de regular una demanda que de otra forma sería infinita, y no por propósitos de lucro ), es la manera más sensata de organizar la oferta de salud colectiva. Aparte de las experiencias en este sentido de los países del socialismo realmente existente, no equiparables por muchas razones a la situación de los países capitalistas y que tuvieron disfuncionalidades específicas, las primeras aplicaciones históricas de un sistema de salud de este tipo se observaron en la Gran Bretaña laborista de Attlee y Bevan y en la Argentina de Perón y Carrillo, a mediados de la década de los 40 del S. 20. Posteriormente muchos otros países han adaptado sistema similares con escasas variantes, entre ellos casi todos los países industrializados. Al ser toda la población la beneficiaria, no hay que gastar recursos en controles de aceptabilidad o rechazo ; la gratuidad ofrece la obvia ventaja de aumentar la justicia social del conjunto de la sociedad; el sistema se regula “desde la oferta”, teniendo en cuenta las necesidades epidemiológicas de la población; la dependencia del Estado da beneficios de economía de escala, y la ventaja política de “ economía de escala de poder”, condición necesaria aunque no suficiente para enfrentar a las múltiples presiones corporativas de trabajadores, fabricantes de medicamentos y tecnología, aseguradores privados, organismos internacionales de crédito, la Organización Mundial de Comercio y muchos gobiernos extranjeros. Como se ha señalado, para el capitalismo la salud es un área cada vez más importante de acumulación, y la capacidad que tiene el capitalismo para influir sobre la sociedad política y sobre la sociedad civil ( por ejemplo a través de mensajes en los Medios para relacionar una salud deseable para el imaginario colectivo con las mercancías o procedimientos que ofrece el capitalismo ) es muy grande.

El político /estadista que se anime a plantear que la única integración de los subsistemas de salud actuales de Argentina debe basarse en la estrategia de ampliar el subsector público y en planificar la integración a este (de una forma gradual que probablemente demandará años ) de otros elementos actualmente existentes ( básicamente el PAMI y las OOSS estatales) enfrentará varios problemas, además de la fuerte oposición de los actores sociales perjudicados. Las prestaciones del subsistema público, pese a su alto costo/beneficio se encuentran severamente subfinanciadas, y no alcanzan hoy para atender la demanda actual, no hablemos de la demanda aumentada que resultará de una búsqueda activa de casos de enfermedad que actualmente son desconocidos, o de una mayor adherencia de muchos pacientes actuales que desertan de su tratamiento, adherencia que

umentará cuando se los atiendan mejor. Este subfinanciamiento debe corregirse con una importante inversión de fondos del presupuesto federal, cosa más fácil hoy si se tiene en cuenta la disponibilidad de dinero que resulta de las retenciones a las exportaciones y de la mayor recaudación por la reactivación económica. Desde que retornó la democracia, un criterio por el cual los sucesivos Presidentes eligieron sus ministros de salud ha sido la frugalidad de las demandas de estos. La situación debe cambiar, ya que no se puede ver como virtud el ahorro ante tantas muertes y tanto sufrimiento innecesario. Ergo, se necesita bastante más dinero para la salud pública, pero no hay ministro de economía “viable” en la realpolitik de la Argentina de hoy que pueda estar de acuerdo con esto. De paso reflexionemos sobre el hecho que, si se pudiera transferir a una salud mano de obra intensiva y preventivista el actual inflado e injustificable gasto en medicamentos no se requeriría una demanda adicional de fondos; el gasto sectoral es hoy ya suficiente a nivel “macro”. Al ser esta transferencia políticamente imposible en el corto plazo, se necesita un incremento presupuestario inicial en el subsector público para “cebar la bomba” que pondrá en movimiento la reforma postulada.

Sin embargo hay otros actores sociales en juego, algunos ya existentes, algunos potenciales y activables. La experiencia internacional muestra que la salud es un importante legitimador político. El Servicio Nacional de Salud (SNS) británico es hoy poco diferente al que se fundó en 1947, pese a la constante desestabilización que sufre por parte de la salud de lucro, y la fuerza del SNS reside en su popularidad. La salud universal y gratuita que creó Carrillo en el primer peronismo es un recuerdo central en las evocaciones de aquel Estado de Bienestar. La rápida mejoría de la salud colectiva de Cuba a partir de 1960 sirvió para compensar las estrecheces que resultaron del cambio del sistema económico y del bloqueo y las agresiones militares extranjeras. Un elemento central del rotundo triunfo electoral de Chávez en Venezuela en el 2004 fue el plan Barrio Adentro, que aumentó muy significativamente la oferta de salud gratuita a la población pobre de ese país. Anotemos que Chávez tuvo que usar para esto a trabajadores de salud importados de Cuba, y que Argentina se mas que autoabastece de trabajadores de salud calificados. Quien pueda ofrecer una mayor y mejor oferta de salud a la población recibirá de esta como subproducto popularidad y legitimidad. Un nuevo actor serán los miles de nuevos trabajadores de salud que se incorporarán a este subsistema público fortalecido (recordemos una vez mas que la salud colectiva sensata es muy mano de obra intensiva). Aunque el monto de las remuneraciones de estos trabajadores será seguramente modesto ( y esto abre otro frente de tormenta, que no se puede debatir aquí, sobre como enfrentarlo ), ellos trabajarán “en blanco”, con vacaciones y con seguridad social y estabilidad laboral. En una Argentina presa del desempleo y la precariedad esto no es poco, y el mantenimiento de un puesto de trabajo en estas condiciones será un elemento positivo en la ecuación de poder. Se ha escrito sobre la posibilidad de absorber desempleo a través de políticas de Estado, y salud, casi tanto como educación, y mucho mas que vivienda tiene esta característica. A esta razón económica se agrega la razón política ya enunciada.



### **Escenarios de implementación: técnica y política en una dialéctica.**

En nuestro país la salud es responsabilidad de las provincias. Esto imposibilita que el gobierno federal postule una estrategia uniforme para todo el país, a ser impulsada en el parlamento, ya que en muchas provincias los lobbies de los subsectores de OOSS y de prestadores privados tiene un gran peso en la política local y , a través de los representantes electos, especialmente los gobernadores y senadores , a nivel nacional. Se trataría entonces de negociar con una o con unas pocas provincias donde esto no suceda o suceda poco, y cuyas autoridades políticas compartan la estrategia y sienten que los puede fortalecer en términos de legitimidad. Mediante préstamos federales, el Estado subsidiaría al actualmente existente pero insuficiente y severamente desfinanciado subsistema público de la provincia, enfatizando especialmente aquellas actividades que hoy se realizan muy imperfectamente, ( la medicina preventiva, la Atención Primaria, el saneamiento) y que se han revelado como las mas costobeneficiosas y las mas rápidas en términos de modificar favorablemente la morbimortalidad. Al ser todo el modelo muy mano de obra intensivo, se subsidiarán con prioridad puestos de trabajo, trabajadores nuevos que se desempeñarán junto al personal provincial existente. Esta política del gobierno federal subsidiando cargos en las provincias es una de las más añejas y exitosas tradiciones argentinas. Así operó el admirable sistema escolar primario de alfabetización e integración ciudadana diseñado por la oligarquía positivista al final del S. 19, a través de la escuela pública laica y gratuita, el cual redujo muy significativamente el analfabetismo nacional en pocos años. Las consecuencias técnicas y políticas de esta provisión adicional de fondos para el subsector público de salud van a ser inmediatas. Por un lado, la oferta ampliada ( en términos de horario, de prestaciones nuevas, de un posible subsidio al transporte de la población enferma ) van a hacer aparecer en los efectores de salud unos segmentos sociales y probablemente unas patologías que están subrepresentados en el perfil actual de demanda. Esto va a hacer presión en las áreas de mayor complejidad médica : diagnóstico, terapéutica con aparatos, internación. Deben existir fondos federales para ser invertidos en cuellos de botella del sistema, que ahora no existen o son pequeños pero que van a ser mucho mas notorios cuando muchos necesitados actualmente excluidos acudan a los efectores. Las consecuencias políticas de todo esto comenzarán a aparecer. Por un lado, sensación de integración y de legitimidad por parte de los atendidos, por otro una presión de población en los efectores que se van a traducir en colas, apiñamiento ,esperas, cuyas imágenes serán seguramente usadas mediáticamente por los enemigos de la estrategia, ya que estos disponen de un alto acceso y control de los Medios, tanto a nivel nacional como a nivel provincial.

La selección de los nuevos trabajadores es importante. Como se ha dicho, Argentina (gracias a un sistema educativo muy generoso) tiene hoy muchos trabajadores de salud capacitados y ávidos de un trabajo en el sector. Las convocatorias a las plazas deben ser muy publicitadas, y el mecanismo de selección debe ser irreprochablemente transparente. Existe una lamentable tradición nacional según la cual programas a nivel local de salud que eran envidiables se vieron perjudicados en la selección de sus trabajadores por las

presiones de los partidos políticos. En la selección deberán participar la Universidad, los Colegios profesionales, y aquellas instituciones de la sociedad civil que no dependan del clientelismo político partidario, ni siquiera del partido político dominante en la provincia que acordó la aplicación en ella del Programa.

La participación de la comunidad es importante. Existe una doctrina políticamente correcta pero falaz que sostiene que el pueblo sabe cual es la salud que le conviene. No es así, y además esto es cada vez menos cierto, habida cuenta del creciente estímulo, especialmente en Medios de alta penetración como la TV, al consumo de medicamentos y terapéuticas no aconsejables. El pueblo no sabe que salud le conviene más que un abogado o un Ingeniero de Sistemas , y lo que se pide muchas veces invocándolo ( en muchos casos tecnología de alto costo y baja prioridad, medicamentos innecesarios) debe verse con escepticismo. El papel invaluable de la organización popular en cualquier lado es monitorear los abusos humanos que ocurren en un sistema que es por naturaleza autoritario, y controlar el ausentismo de trabajadores, especialmente de los médicos, que en esto tienden habitualmente a gozar de impunidad porque sus pares funcionarios no se animan a sancionarlos. Existen muchas otras formas útiles de participación popular que por razones de espacio no pueden mencionarse aquí.

Medicamentos es un área crucial, por los altos costos innecesarios que paga la población a través de su bolsillo y el Estado a través de licitaciones o de compras directas y por el escaso o nulo valor terapéutico de mucho de lo que se vende. Debe haber préstamos federales para estimular la fabricación provincial de medicamentos de alta calidad ( en la Universidad, laboratorios estatales de todo tipo, las Fuerzas Armadas , los hospitales ). El fortísimo lobby que se opone a esto tiene una inserción internacional : en los países actualmente productores, en algunos Organismos Internacionales de Crédito, y en la sociedad civil y política argentina . La actual campaña lanzada por las autoridades de salud nacionales en favor de los medicamentos genéricos tiende a confundir: muchos genéricos no tienen eficacia terapéutica. Los que si la tienen son los Medicamentos Esenciales normatizados por la Organización Mundial de la Salud, que en número no superan los 450 , y de los cuales la mayoría tiene sus patentes vencidas. Todo otro medicamento debe ser desaconsejado, por medio de una campaña de esclarecimiento en diferentes niveles. La consigna debe ser “Medicamentos Esenciales prescriptos como genéricos “. La Industria Mundial de Medicamentos factura anualmente una suma que es el doble del PBI de Argentina, y tiene una capacidad de presión que se corresponde con esto. Es posible que nuestro político/estadista tenga algún temor de enfrentar a un enemigo así de poderoso; es también posible que la legitimidad aumentada que está logrando le haga pensar que la pelea no tiene que ser necesariamente tan desigual.

La legitimidad se fortalece dando a conocer datos de realizaciones. Hay que tener en cuenta que si el programa hace aparecer muchos enfermos previamente ocultos, van a aumentar las tasas de morbilidad, hecho que los enemigos de aquel van a resaltar. Por otro lado el aumento de las prestaciones, la detección y tratamiento de casos previamente

desconocidos, la captación precoz de muchos más embarazos y el control de muchos más niños sanos, a breve término las reducciones en la mortalidad de los grupos más vulnerables (niños, muertes maternas) van a ayudar a hacer favorable la correlación de fuerzas si estos hechos se publicitan.

### **A modo de resumen**

Se postula que las formas habituales de integrar subsistemas de salud diferentes (en Argentina el público, las OOSS y el privado) suelen implicar no más que una transferencia unilateral de recursos del Estado a quienes buscan legitimidad y clientelismo ( las OOSS ) o beneficio económico ( el subsector privado). Por otro lado, la cobertura universal del subsector público es mas eficiente en el uso de los recursos, asume responsabilidades en áreas que los otros no intentan cubrir, y atiende a una alta proporción de los millones de pobres e indigentes de Argentina . ( y quienes no acuden a él se atienden mediante la medicina popular o en ningún lado ). Debido al poder de los defensores del Statu Quo actual en Argentina, donde . para nuestra vergüenza, coexisten una alta morbimortalidad evitable y muchos recursos para una buena salud que no se movilizan, se ha elegido un análisis que enfatiza los ingredientes políticos de esta situación y de las posibilidades de cambio. Se propone que, mediante convenios bilaterales con provincias que acepten un fortalecimiento de su subsector público bajo ciertas condiciones, se les transferirán fondos federales contra compromisos de cumplimiento de ciertas metas sanitarias, ( habiendo varias alternativas legales para hacer esto ). Las provincias en estas condiciones, que comenzarán a recibir estos fondos y a aplicarlos experimentarán mejorías en su oferta de salud gratuita y en la legitimidad de sus gobernantes, y bajas en su morbimortalidad evitable. Se reitera que en todo momento es necesario efectuar análisis políticos y de acumulación de poder político en una situación que puede llegar a ser muy fluida y cambiante. Estas provincias y el gobierno nacional van a comenzar a recibir presiones de toda índole para que este experimento fracase. Si esta desestabilización a su vez fracasa, estas provincias servirán de “grupo control”, comparandolas con otros lados donde no se intenta ningún cambio y se continúa con el Statu Quo actual. Con el tiempo y planificadamente, se efectuará una integración al subsector público de algunas OOSS y del PAMI, o de parcelas de ambas.

Como reflexión final, con un horizonte histórico que es mucho mas lejano que el que convoca a esta reunión, pensemos que, si la globalización se detiene y comienza a replegarse; si los países se vuelven mas autárquicos; si realmente debemos tener que llegar a “vivir con lo nuestro”, con menos influencia del mercado global y de otros países, nuestra capacidad de recibir los mas modernos adelantos tecnológicos se reduciría mucho, pero nuestra salud colectiva, nuestra educación colectiva, nuestra alimentación/nutrición y el promedio de la calidad de nuestras viviendas mejoraría.