

LA SALUD EN ARGENTINA:

¿EN MANOS DE QUIÉN ?

*Informe sobre la situación
de la salud en Argentina*

Dr. Gonzalo Moyano

Dr. José Carlos Escudero

LA SALUD EN ARGENTINA: LA SALUD EN MANOS DE QUIÉN?

1. CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL.

SITUACIÓN GENERAL DEL PAÍS

Argentina presentaba a comienzos del siglo XX una situación de economía próspera (tal vez, en esos años, de las más prósperas del mundo), y logró establecer -hasta comienzos de los años setenta de ese siglo- una sociedad que, de acuerdo a sus indicadores socioeconómicos, a su homogeneidad y a sus posibilidades de ascenso social podía compararse a un país europeo de tipo “mediterráneo”, (Portugal, Grecia, el mediodía italiano). Pero hoy el país ha llegado a un deterioro que la coloca por debajo de algunos de sus vecinos, como por ejemplo Chile o Uruguay, con una pobreza que alcanza a casi la mitad de la población, con un cuarto de ésta por debajo de la línea de indigencia (imposibilidad de comprar una canasta de alimentos) y con una heterogeneidad social que se asemeja a los demás países “típicos” de América latina, de los cuales se envanecía de diferenciarse. Algunas cifras ilustran esto. Desde 1970, la pobreza ha aumentado más de seis veces, la indigencia doce veces, la diferencial de ingresos entre el 10% más rico y el 10% más pobre de la población pasó de 7 a 1 a 32 a 1, el sistema impositivo se ha vuelto más regresivo, la Deuda Externa (hasta el reciente default) aumentó 20 veces y el país -bajo la presidencia del peronista Menem- se desprendió de activos del Estado por valor de 25.000 millones de dólares, lo que no redujo el ritmo de endeudamiento.

Hasta el año 1993 las cifras de desempleo en Argentina eran inferiores a los dos dígitos, pero este nivel superó el 20% el año 2002. Por añadidura se destruyó gran parte de la legislación laboral que protegía a los trabajadores, y el subempleo -casi inexistente en los años '70- tomó proporciones significativas. La suma de subempleo y desempleo que en 1990 alcanzaba al 15,2% de la Población Económicamente Activa (PEA), se más que duplicó a 37,2% en 2002. La situación de salud relativa ha experimentado un notable deterioro en Argentina si se la compara con otros países. Las tasas de mortalidad infantil (MI) han seguido descendiendo, pero a un ritmo menor a la totalidad de los países del hemisferio occidental. En los años 30 del siglo XX la tasa de MI en Argentina era inferior a la de Italia o España. A comienzos de los '60 era, luego de la de Uruguay, la más baja de AL. Al llegar al año 1996, la MI en Argentina llega a ser superior a la de 29 de los 40 países del hemisferio, siendo inferior solo a los 10 restantes.

El genocidio que ocurrió en Argentina bajo la Dictadura Militar (DM) tuvo características particulares. Sus asesores internacionales fueron militares franceses, siendo el papel de Estados Unidos el de brindar su apoyo diplomático, político y financiero a los golpistas. La tasa de asesinados en Argentina duplicó a la de Chile, país cuyo genocidio se hizo emblemático a nivel internacional. En Argentina se practicó el robo sistemático de niños y bebés (era normal la práctica de ‘conservar’ con vida a la madre hasta el parto y asesinarla luego de apropiarse del recién nacido), el saqueo de propiedades de las víctimas pero sobre todo la técnica de “detención-desaparición”, con sus tremendas consecuencias psicológicas para las víctimas y sus familias, y un cruel y efectivo modo de instalar el terror en la población con consecuencias que aún hoy pueden comprobarse.

El genocidio estuvo asociado a los militares y cesó con su retirada del gobierno, pero la política económica que éstos implementaron fue continuada -con variantes menores- con los gobiernos elegidos por el voto popular. Una débil tentativa de Raúl Alfonsín (quien ejerció la presidencia entre 1984 y 1989, radical, pero en sentido argentino del término, electo presidente) de eludir el pago de la Deuda Externa tuvo una vida efímera, mientras que su sucesor, Carlos Menem (1989-1999, peronista, obviamente también el sentido argentino) elevó el empobrecimiento de la población y su desempleo, la desnacionalización de activos nacionales y el desguace de la legislación protectora del trabajo a niveles que los militares no se habían atrevido. A su vez, el gobierno que sucedió a Menem (De la Rúa; Alianza de radicales y Frepaso) continuó esta línea, y el colapso de la economía -basada en un modelo calurosamente elogiado por el BM y el FMI- llevó el año 2001 a la destitución de De la Rúa (que debió renunciar luego de dos jornadas memorables, los días 19 y 20 de diciembre de ese año), a una serie de presidentes provisionales y a la actual presidencia de Néstor Kirchner. Kirchner ha tenido positivas iniciativas en el campo de la defensa de los derechos humanos, del saneamiento de la justicia y en la política exterior latinoamericana. En términos económicos, pese al exitoso default de parte de la deuda externa (el mayor en monto y en quita de la historia del mundo) las políticas económicas sociales pese a no ser rígidamente neoliberales no se han vuelto redistributivas. No hay señales de políticas de Estado en los sectores sociales - entre ellos salud - no se ha intentado, pese a declaraciones, reformar el retrógrado sistema impositivo y la seguridad social privatizada, y (lo que se verá mas en detalle a continuación) las políticas de salud se han ratificado como focalizadas, financiadas por préstamos internacionales, volcadoras de recursos al sector privado y a los efectores de salud que dependen de una dirigencia sindical corrupta. En otra área del sector, Argentina ha declarado enfáticamente por boca de su ministro de salud que no piensa fabricar medicamentos por parte del estado, a diferencia de su vecino Brasil.

2. DERECHO A LA SALUD

Desde es punto de vista estrictamente jurídico y constitucional, debe establecerse que la Constitución de 1994 llegó a consagrar solamente el derecho a la salud desde el punto de vista del ‘consumidor’ (artículo 42)¹ de bienes y servicios.

¹ **Artículo 42.-** *Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a condiciones de trato equitativo y digno. Es la única mención explícita de derechos relacionados con la salud. La palabra enfermedad, por su parte, solo es mencionada una vez, en el artículo 88, y se refiere a las alternativas (enfermedad, ausencia, muerte, renuncia o destitución) relativas al Presidente de la nación, única preocupación*

La reforma de ese año dejó inmodificadas las declamaciones sobre derechos que no garantiza, como al acceso a una vivienda digna, protección integral de la familia, al trabajo, remuneraciones dignas, jornada limitada y vacaciones pagas, salario mínimo vital y móvil, e incluso participación en las ganancias de las empresas, con control de la producción y colaboración en la dirección de las mismas por parte de los trabajadores. Ninguno de estos derechos está garantizado, y puede decirse que con leves oscilaciones, su garantía tiende a decaer. Pero el derecho a la salud ni siquiera está expresado. Esta timidez se debió al llamado “Pacto de Olivos”, un mezquino acuerdo cupular entre el peronismo entonces gobernante y la oposición, el partido radical que permitió la reforma constitucional. Tras este pacto, el peronismo obtuvo su mayor pretensión –la habilitación de la reelección presidencial, hasta entonces vedada– y el radicalismo la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires y un “tercer senador” por la minoría de cada jurisdicción, lo cual creó la ilusión de un factor de control en el régimen presidencialista vigente. Un elemento central del pacto fue la condición de no incluir los derechos sociales –entre ellos la salud– en el texto constitucional.

Sin embargo, como sucedáneo, dicha reforma incluyó los tratados internacionales de derechos de diversa índole, al agregar el inciso 22 en el Artículo 75, donde los consagra con una jerarquía “superior a las leyes”². En particular, tanto la Declaración Universal de Derechos Humanos (de 1948) en su artículo 25, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (de 1966) en el artículo 12, constituyen obligaciones formales, con conceptos tales como el compromiso por “el disfrute del mejor nivel de salud posible”.³ Por otro lado, varias constituciones locales (Provincias como la de Buenos Aires, o la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) han establecido derechos relacionados con la salud, en su concepción “integral”⁴ ⁵, consagrándola como derecho “para todos sus habitantes” (ambos textos constitucionales así lo especifican), e incluso la de la Provincia de Buenos Aires avanza al considerar al medicamento “un bien social”. La Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires establece un marco interesante respecto de la concepción de la salud, pero este concepto suele presentar severos inconvenientes para su cumplimiento. En términos generales, entonces, estas normas constituyen declaraciones de principios de suma importancia. Sin embargo, la falta de decisión política relativa a su efectivo cumplimiento resulta en consecuencias pobres en lo concreto. Baste decir que a casi una década de la promulgación de la Ley Básica de Salud (de la CABA, y hablamos de la región más avanzada en la materia de todo el país) sigue registrándose una tendencia al cobro de aranceles en los efectores estatales de salud, supuestamente voluntarios, que finalmente resultan en barreras al acceso. Una ley nacional que propicia garantizar la gratuidad de la atención de la salud sigue sin tener efectos aun cuando fue votada en 2004, hace un año: carece de reglamentación y no consigue la adhesión de las jurisdicciones provinciales, condición necesaria para que tenga vigencia efectiva en el territorio concreto de cada provincia. Es decir, sigue siendo simplemente una declaración de buenas intenciones. Las leyes que efectivamente se cumplen suelen ser las que se han logrado con un fuerte activismo en pos de su formulación, sobre todo por los grupos afectados, y que en algunos casos aseguran una clientela cautiva para los proveedores privados de medicamentos. Así ocurre con lo relacionado al tratamiento del VIH-SIDA, por ejemplo, así como a enfermedades de gran seguimiento por la OMS, tales como TBC y otras.

3. EL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud en Argentina tiene una historia vinculada con la generación de instituciones de caridad (por un lado), que luego tendieron a quedar en manos del Estado, y (por otro) con creaciones relacionadas con la solidaridad vinculadas con comunidades de inmigrantes y con grupos obreros, incluyendo organizaciones de mutuo socorro que de algún modo se convirtieron en las actuales Obras Sociales sindicales (en adelante O. S.) Se suma a éstas un sector privado, motivado por el lucro, que tiene un muy alto peso político y que ha tenido una gran expansión en las últimas décadas.

Sobre esta base, la organización del sistema tuvo un cambio radical a partir del primer gobierno peronista (1946 - 1955), bajo la gestión del Ministro de Salud de esa etapa: Dr. Ramón Carrillo. En un estudio muy anterior a su gestión, el propio Carrillo establece una insuficiencia de un 46% en las camas hospitalarias. En los 8 años (1946-1954) que le tocó estar a cargo del Ministerio duplicó esta cifra (de 66000 a 132000 camas)⁶, pero concomitantemente desarrolló notables políticas de prevención de la salud, estableciendo conceptos como la “centralización normativa y descentralización ejecutiva”. La capacidad instalada, pero más aun, las políticas de Estado respecto de la salud (y de la salud en un concepto tan integral como era posible en esa época) no volvió a tener la importancia que adquirió durante su gestión. Desde esos años, el sistema se fragmentó –se diría que en forma constante– desarrollándose durante los últimos 50 años un subsistema de seguridad social (las O. S. sindicales) vinculado al trabajo, que si bien compartió

sobre la enfermedad de alguien que la Constitución consagra. Protección de la Salud de los consumidores y usuarios, y enfermedad del presidente son las únicas menciones del tema.

² Artículo 75. Inciso 22. (Los siguientes) *Tratados tienen jerarquía superior a las leyes... La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño.*

³ Véase http://www.unhcr.ch/spanish/html/intlinst_sp.htm

⁴ Véase http://www.legislatura.gov.ar/1legisla/_Toc405121813

⁵ Véase <http://www.senado-ba.gov.ar/Contenidos/Educativos/Constitucion/constitucion.cfm>

⁶ Entre los logros de Carrillo, debe acreditarse que durante su gestión se redujo la mortalidad por TBC de 130 por 100000 a 36 por 100000, y la Mortalidad Infantil de 90 a 56 por mil. Se erradicaron las epidemias de tífus y de brucelosis y el paludismo endémico, y se redujo marcadamente la incidencia de enfermedades como la sífilis.

cierta efectividad –en épocas de pleno empleo y aceptables salarios que finalmente se fueron deteriorando de un modo lento- con un grado variable pero siempre alto de corrupción, sirvió también de justificación para la desinversión del sector público, que fue perdiendo peso en la organización del sistema. Capítulo aparte merecería la O. S. de los jubilados, llamada Plan de Asistencia Médica Integral. (PAMI). Creado bajo el gobierno militar de los '60 –en épocas de pleno empleo, salarios y jubilaciones moderadamente aceptables- maneja hoy un presupuesto enorme (el tercer presupuesto del país) y brinda un servicio muy medicalizado, que oscila entre mediocre y pésimo. Sus oscilaciones se han debido menos a los problemas de gestión que a la disputa por el manejo del dinero de ese presupuesto, que ha tendido a repartirse entre las variantes de corrupción institucional, sindical y política. Las últimas intervenciones tienden a controlar moderadamente la primera, pobremente la segunda, y menos aun la tercera.

El otro subsector es el relacionado con los sistemas prepagos (privados), dedicados a la obtención de renta con los servicios de salud. En la década del '90, el neoliberalismo tuvo sus años de fuerte desarrollo en toda la economía y la cultura nacional, probablemente en un grado superior respecto de otros países latinoamericanos, vinculado esto a características prebendarias del capital argentino, a la corrupción generalizada, pero también a la que específicamente exhibe el sector salud -relacionada con los sectores sindicales- que compartieron (o se potenciaron debido a el rol que jugaron en la cooptación del movimiento obrero, y los beneficios relacionados con los capitales que administran) al punto que no solo manejaron los vinculados a estas O. S., sino que lograron participación empresaria en varias concesiones de servicios para su privatización, e incluso formaron administradoras de fondos de pensión (AFJP), por lo cual funcionaron como beneficiarios parasitarios del proceso de contrarreforma neoliberal.⁷ En este momento el sistema de O. S. está en una crisis terminal (difícil de explicar en una observación superficial) sobre todo porque éstas aun manejan capitales marginales de donde se sirven beneficios corruptos, y porque su caja es el beneficio más importante que aun mantienen las cúpulas sindicales, y el gobierno cuenta con ellas para controlar a los trabajadores. Esta situación obstaculiza así salidas accesibles y racionales hacia un sistema público financiado por rentas generales, alternativa perfectamente posible y relativamente sencilla desde el punto de vista técnico. Peor, en los últimos años, y en forma coincidente, todos los sucesivos gobiernos han ido implementando una canasta 'básica' de prestaciones del sistema de O. S. que se llamó Plan Médico Obligatorio (PMO). Dichas prestaciones distan de ser formalmente suficientes, carecen de sustento científico, técnico y económico (como no sea el criterio mezquino y contraproducente del 'ahorro' de recursos sin medir las consecuencias en los niveles de salud) pero además suele no cumplirse, lo que obliga al usuario –que cuente con recursos culturales que pocos tienen- a reclamar la aplicación de esas prestaciones precarias, seguidas entonces de engorrosos trámites que operan como filtro. Pero esto aun ha empeorado ante la crisis de 2001/2002, ya que el Ministerio creó el llamado PMOE (PMO de Emergencia) que consiste en una canasta sub-básica, aun más limitada e insostenible que la anterior, dado que además ocurre en un período en que los indicadores empeoraron de un modo dramático, lo que confirma que el Estado decidió alejarse de su responsabilidad en el peor momento⁸. Pero aun no es todo: algunos sectores sindicales privilegiados –notoriamente constantes en su privilegio, independientemente de los gobiernos que se han sucedido- se han reconvertido en empresarios de la salud, formando gerencadoras que todavía obtienen ganancias de un sistema exhausto, ganancias que solo son posibles con un altísimo grado de corrupción en el doble sentido de establecer negocios salteando controles débiles del Estado, y de consumir recursos que ponen la situación de la salud, en Argentina, en un estadio paradójico de alto consumo de recursos y pésimos resultados, con una clase profesional altamente calificada y alta concentración urbana. Como fue dicho, la solución –a pesar de la desinversión crónica del sector, vampirizado por la rentabilidad empresaria- es técnicamente sencilla y depende solo de una fuerte decisión política en cuanto a –precisamente- una política de Estado firme y coherente.

4. EL GASTO EN SALUD

Como fue mencionado más arriba, el sistema de salud en Argentina tuvo un particular impulso de inclusión desde fines de la década del '40. Sin embargo, en los años posteriores este impulso quedó diluido (en parte por falta de interés desde el Estado, en parte por la influencia de las Obras Sociales sindicales que constituyeron a la vez un recurso que sirvió de contención para las demandas de salud de los trabajadores y una excusa para que el Estado tomara distancia de sus responsabilidades) hasta que, en los '90, se tomó la fuerte decisión política de avanzar contra el Estado como prestador. En esos momentos se logró cooptar a la dirigencia gremial que aceptó prebendas miserables (en términos sociales, no en los personales y/o burocráticos que significaron enormes y hasta irritantes privilegios) con tal de no oponerse frontalmente al desguace del Estado. Algunos gremios relacionados con los trabajadores de la salud resultaron una anémica oposición, logrando algunas victorias parciales, las más de las veces con un carácter casi pírrico (p. ej.: se evitó el cierre del Instituto Malbrán⁹, pero su rol quedó reducido a una expresión más testimonial que

⁷ El subsector 'privado' mantiene una alta tasa de ganancia por vía de "descremar" (selección de riesgo: operar para capturar los casos más ventajosos por tener mayor capacidad de pago) del sector acomodado y maniobrar para quedarse con los asalariados de altos ingresos, que antes aportaban a las O. S. Esta lógica ha establecido una alianza entre los grandes capitalistas de la salud y los sectores enriquecidos surgidos de los manejos corruptos del sector sindical, ya mencionados. En algunos casos, los actores son los mismos.

⁸ Por supuesto que la población que formalmente posee "cobertura" del sistema de O. S. terminó recurriendo, en forma masiva, a un disminuido y arrinconado sistema público, que fue el único que brindó alguna respuesta, a pesar de sus carencias. Sin embargo debe mencionarse que dada la escasez de recursos disponibles, el cuello de botella del uso del sistema se resolvió en función de los recursos culturales y económicos de los usuarios que recurrían al sistema, por lo que los más excluidos lo fueron doblemente. De ese modo, el sector más vulnerable debió enfrentar una situación de brutal empobrecimiento, más alejado aun del sistema, que a su vez estaba sobrecargado y desabastecido. De ese modo se explica, sin mucho misterio, la creciente brecha entre la población necesitada de salud y la que efectivamente recibe atención.

efectiva en el sistema de salud). En este sentido, la ‘foto’ que pueda obtenerse de los datos debe interpretarse con esta perspectiva dinámica.

Por otro lado, durante varios años de las últimas décadas –podríamos decir que con la excepción de los años de estancamiento y/o recesión, de 1998 a 2003- la Argentina ha tenido un crecimiento del PIB, incluso –en algunos años- sorprendente. Sin embargo, con leves oscilaciones, la distribución del ingreso ha tenido una tendencia constante a la concentración en los sectores más ricos, y –con algunas oscilaciones- se ha acompañado de una caída del salario, aumento de la desocupación y aumento de la población bajo la línea de la pobreza. Incluso una llamativa proporción de los trabajadores –incluso algunos de los llamados “en blanco”, es decir, con contratos adecuados de trabajo, que son una minoría “privilegiada”- se encuentra también bajo esa línea: los pobres triplican la cantidad de personas desocupadas. Esta situación de gran desigualdad, instalada en relativamente pocos años, y que produce un sector de la población muy rico y con acceso a bienes (incluso sofisticados y suntuarios) de todo tipo, da como resultado una sociedad dividida, con expectativas nulas (en algunos casos) o ilusorias (en otros) que muestra cifras globales que sugieren un nivel de desarrollo humano engañoso. Baste saber que un barrio rico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) consume más medicamentos que la suma de que tres provincias del noroeste argentino. Por eso hemos seleccionado algunas cifras que muestran los datos del país pero que también establecen algunas de las inequidades más manifiestas. Debe hacerse la salvedad respecto a la medición de algunas cifras, y se hará con un ejemplo específico que habilita a pensar que no es el único: en Tabla 1 puede apreciarse la tasa de MI para el país, que aun siendo alta no muestra la enorme disparidad desde un valor de 10,3 por mil de la CABA, a la cifra de Formosa (25 por mil).¹⁰ Sin embargo, en 2004 la Provincia de Santiago del Estero fue intervenida por el Gobierno Nacional, por una serie de casos de asesinatos cuyos responsables estaban siendo protegidos por la gobernación de esa provincia. Pero esta intervención –entre otros efectos- pudo establecer que las estadísticas que la provincia informaba eran falsas, y la cifra de MI distaba de ser la real.¹¹ La provincia intervenida expresa un nivel corrupción, pobreza, nepotismo y clientelismo que no excede por mucho la media de la región. Pero esto no es todo: la cifra de este indicador en la CABA oculta diferencias a su interior entre las zonas norte y sur, dado que esta última duplica a la del sector más acomodado, incluso en una ciudad moderna y con acceso facilitado a los recursos. Por ello cada cifra que se mencione debe ser interpretada en clave de promedio de un país con desigualdades extremas e inequidades de comportamiento estructural.

Los recursos con que el país cuenta (Tabla 2) expresan el mismo fenómeno. Cabe destacar que la población (estable) de la CABA equivale aproximadamente al 7% de la del país, y la de la Provincia de Buenos Aires es algo menor al 40% de la de la totalidad de Argentina, por lo que casi el 60 % de los médicos se concentran en la región que suma un 45% de la población, tiene mejores establecimientos, más concentrados, y con mejores transportes para distancias más cortas. En cuanto al gasto en salud, no podría esperarse otra cosa que el refuerzo de las tendencias anotadas. La mayoría de los datos que se tienen son previos a la crisis de 2001 (lo que incluye que sus valores son referidos a pesos convertibles, de igual valor nominal que dólares), y los pocos que se tienen del período posterior, muestran deterioros mayores. Desde hace varios años, el gasto en salud oscila en algo más del 8% del PIB, llegando en ocasiones casi al 9%. En el último período informado (2000), el monto en millones de pesos¹² fue de \$24.193. De ello, entre el 40% y el 45% corresponden a gastos de bolsillo (10.390 millones en ese año), lo cual es casi el doble de lo aportado por el Estado en cuanto tal (5.560 millones) y un 20% más que lo cubierto por la seguridad social (incluyendo lo que el Estado aporta en ese concepto). Es obvio comentar que el gasto del Estado es aportado por el contribuyente y las O. S. son sostenidas en un 66% por aportes salariales. Pero además éstas cada vez tienen una cobertura más limitada (se pasó por el PMO y ya estamos en el PMOE, ver sección 3), cada vez cubren menos del gasto en medicamentos (del gasto total en medicamentos el 45% es “de bolsillo”, ver sección 6 “a”), cada vez cubren a una población menor (por la alta desocupación), cada vez recurren más a subsidios estatales discrecionales (distribuidos por el Estado de acuerdo a criterios clientelistas)¹³, y cada vez parece más claro el uso de la “caja” con fines poco claros.

A ello se suma la cuestión de la gestión de las O. S. por alianzas con grupos empresarios. Se necesita en este punto insistir en que la estructura tributaria hace que los recursos del Estado estén mayoritariamente sostenidos por el aporte que los sectores más pobres hacen al sistema (60% es sostenido por impuestos al consumo).

Si a eso se agrega la creciente ineficiencia de las O. S. y la “sobrecarga” de demanda que el sector público está soportando, se tendrá un panorama de la inequidad también en referencia a los gastos.

⁹ El Instituto Carlos Malbrán es un (aún) prestigioso centro de investigación desde varias perspectivas, sobre todo en microbiología y parasitología, pero incluso produce insulina hasta hace algo más de 10 años. Es centro de referencia en varias de las actividades que realiza, incluyendo que es el productor de suero antiofidico, y produce una BCG intravesical a un costo 40 veces menor que el de mercado.

¹⁰ Para un breve análisis de la comunicación ministerial sobre MI, véase <http://www.pagina12web.com.ar/diario/sociedad/3-32663.html>

¹¹ En el año 2002, además, la provincia de Tucumán fue sacudida por una brusca visualización de la epidemia de desnutrición que asuela la región y buena parte del país. Se informaron una suma de niños desnutridos, incluyendo un caso paradigmático de una niña (Bárbara) que fue exhibida de un modo patético, con una desnutrición severísima, poco más que buena parte de la población, lo que habilita a pensar –como pensó todo el país, llegando incluso a contaminar el pensamiento de los funcionarios- que la epidemia estaba agudizándose a niveles escandalosos. Sin embargo ese año, Tucumán informó una merma de las cifras de MI, sin que (casi) nadie se sorprendiera.

¹² Recordar que estaba vigente la llamada “convertibilidad” que igualaba el valor del peso argentino al del dólar.

¹³ Para más datos sobre lógica clientelista y su relación con los gobiernos nacionales y provinciales, véase: Auyero, J: “La política de los pobres: las prácticas clientelistas del peronismo” Manantial, Buenos Aires, 2001; y también el prólogo (del mismo autor) incluido en Wacquant, Loïc; Parias Urbanos: marginalidad en la ciudad a comienzos del Milenio. Manantial, Buenos Aires, 2001.

TABLA 1: INDICADORES DE SALUD MATERNO INFANTIL												
Total país	18,4	99,0	1,2	8,0	0,4	13,8	4,4	16,5	10,5	5,9	0,7	16,2
*Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ciudad Aut. de Buenos Aires	14,2	99,7	1,3	7,7	0,1	5,9	1,2	10,3	6,5	3,8	0,5	9,0
Buenos Aires	17,3	99,8	1,2	8,4	0,2	11,3	2,5	16,3	9,8	6,5	0,5	14,8
Chaco	20,9	97,0	1,0	8,3	1,1	22,8	8,1	27,7	18,3	9,3	1,7	26,6
Formosa	25,0	92,2	1,3	7,9	0,8	19,4	13,5	25,0	17,0	8,0	1,8	22,3
Misiones	24,1	97,7	0,9	7,5	0,8	19,1	6,2	20,2	12,6	7,6	1,1	22,6
Jujuy	20,3	96,8	1,6	7,3	0,5	17,2	15,5	19,2	12,3	6,9	0,9	20,4
Santiago del Estero	17,8	94,8	0,9	7,1	0,6	17,5	5,5	14,2	8,2	6,0	0,8	10,5
Tucumán	21,8	98,9	1,4	7,4	0,4	14,8	7,3	23,0	16,5	6,4	0,6	24,4

ELABORACIÓN PROPIA SOBRE DATOS DE INDEC Y MINISTERIO DE SALUD (LOS DATOS CORRESPONDEN A 2003)

- 1.- Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes)
- 2.- Porcentaje de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales (como del total de nacidos vivos)
- 3.- Porcentaje de nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (<1.500grs.) (de peso conocido)
- 4.- Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (<2.500grs.) (de peso conocido)
- 5.- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 15 años (de edad conocida)
- 6.- Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años (de edad conocida)
- 7.- Tasa de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos.
- 8.- Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos.
- 9.- Tasa de mortalidad neonatal expresada por mil nacidos vivos.
- 10.- Tasa de mortalidad postneonatal expresada por mil nacidos vivos.
- 11.- Tasa de mortalidad de 1 a 4 años expresada por mil niños de 1 a 4 años.
- 12.- Tasa de mortalidad Perinatal (expresada por mil nacidos vivos / defunciones neonatales más las fetales tardías)

Por ello, y teniendo en cuenta que los datos oficiales establecen que cerca del 60% de la población “solo” cuenta con la cobertura estatal, pero por otro lado –por las vías mencionadas- el sistema público subsidia el régimen de O. S. puesto que éstas descansan una parte creciente de los servicios que no prestan recurriendo al Estado como “prestador en última instancia”, resulta un despilfarro de recursos que se canalizarían mejor con un sistema único financiado por rentas generales, de acceso universal y equitativo.

TABLA 2-INDICADORES DE RECURSOS, ACCESO Y COBERTURA								
JURISDICCION	1	2	3	4	5	6	7	8
TOTAL PAIS	108.800	153.065	17.845	3.311	14.534	1.271	6.456	48,1
Cdad. DE BS.AS.	32.100	21.944	1.666	172	1.494	39	50	26,2
BUENOS AIRES	26.876	51.517	4.896	811	4.085	269	1.478	48,8
CORRIENTES	1.740	3.525	387	98	289	58	195	62,1
CHACO	1.630	3.537	519	115	404	54	320	65,5
JUJUY	1.306	2.823	394	52	342	22	238	54,2
SANTA FE	10.226	11.011	1.869	356	1.513	138	447	42,0
S.DEL ESTERO	1.197	3.033	526	109	417	54	292	63,7
TUCUMAN	3.700	4.520	702	81	621	35	294	48,2

Referencias (Fuente: Elaboración propia con datos de OPS y Ministerio de Salud)

1. Número de Médicos (1998)
2. Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales (2000)
3. Número total en establecimientos asistenciales - todos los subsectores (2000).
4. Número de establecimientos con internación - todos los subsectores (2000).
5. Número de establecimientos sin internación - todos los subsectores (2000).
6. Total de establecimientos de salud del subsector oficial con internación (2000).
7. Total de establecimientos de salud del subsector oficial sin internación (2000).
8. Porcentaje de población no cubierta con O. S. o Plan Médico (2001).

sumamos a Santa Fe y Córdoba tenemos el 71% del gasto. Si tomamos el gasto per cápita, la CABA más que duplica el promedio nacional. En cuanto al llamado “gasto privado de salud per cápita por mes”, aquí nuevamente, para un promedio de \$24,5 para el país, la CABA utiliza dos veces y media esta cifra (\$64,6) estando en el otro extremo las provincias de Corrientes y Misiones. Por último, no podemos dejar de mencionar la proporción destinada a la prevención, relacionándola con la que se utiliza para prácticas curativas. Se calcula que el Estado invierte en prevención el 20% de total de lo que destina a salud. Dado que es el único sector que programa (con eficacia diversa) acciones estratégicas de envergadura en el área de prevención, relacionándolo con el total, la cifra que la sociedad argentina destina a la tarea de prevenir daños a la salud (que como sabemos es el gasto más eficiente) asciende (o deberíamos decir: desciende) a la cifra de.... un 4%.¹⁴

Mucho dinero, aportado por la gente, centralmente por los pobres, que financian servicios y prácticas a las que no acceden, con un gasto ineficiente que no es controlado por quienes lo financian con sus aportes, no obtienen sus beneficios, se financian los programas despreciando la capacidad actual o potencial de resolverlos (ver sección 6), recurriendo antes al endeudamiento externo que condiciona las políticas para que sigan siendo lo que son y con una inversión en prevención raquítica, este es el panorama del gasto en salud en la Argentina.

¹⁴ La mayoría de los datos del Gasto en Salud (salvo puntualización en contrario) son tomados de Tobar, Federico; El Gasto en Salud en Argentina. Ediciones ISALUD; 2002.

5. UNA LUCHA CONSTANTE, UN COSTO COTIDIANO EN VIDAS Y SUFRIMIENTO

Si bien puede decirse que la conflictividad respecto de la lucha por la salud (y la que se libra por el derecho a ella es una de sus expresiones) suele enmarcarse como un aspecto en otras más generales, en situaciones particulares o excepcionales estas manifestaciones se expresan de modos algo más elocuentes. En este país es difícil no referirse a lo ocurrido en el período que abarcó desde 1973 hasta entrada la dictadura de 1976, años en los que el escenario de la lucha se colmó de expresiones de la potencialidad popular para la transformación social, y en los que la respuesta del establishment incluyó el feroz terrorismo de Estado ya mencionado, y una especial repercusión en el área salud, síntoma de lo cual –evidentemente– han sido tanto las más de 300 desapariciones forzadas (secuestro y muerte) de trabajadores de la salud, como la acreditación de por lo menos un centenar (que podría ser el triple) de médicos y otros agentes de salud, en asistencia de torturas, partos clandestinos, robo de niños y varias otras formas de tratos crueles y degradantes instaurados desde antes del golpe militar y cuyas secuelas permanecen hoy.

Pero la situación abierta a partir de las jornadas del 19 y 20 de diciembre de 2001 parecen haber establecido una impronta respecto del área: demostró que existía una larvada reserva ideológica que logró manifestarse de manera diversa, a veces de un modo explícito y dramático, y potencialmente poderoso. En efecto, la crisis permitió (más bien despertó) una enorme capacidad reivindicativa que se tradujo en gran participación y desarrollo de la exigibilidad de la salud. Entre otras cuestiones, se generaron asambleas populares que o bien demandaron (y algunas veces lograron) requerimientos específicos (sobre la atención de la salud, aspectos ambientales, etc.) o incluso obtuvieron (en un número pequeño pero significativo) participación en instancias de gestión en hospitales u otros efectores,¹⁵ a pesar del poco interés genuino de las autoridades (de todo tipo) en promoverlas y aun aceptarlas. Este contexto posibilitó un encendido reclamo para la promoción de la Producción Pública de Medicamentos (PPM), con larga y sinuosa historia en el país, con picos (anteriores) en los '40 hasta los '50 y valles profundos en los '90, fruto del desguace del Estado en favor de todo lo que ofrecía una ganancia comercial. Partiendo de una capacidad (estatal) adormilada (y aun boicoteada), la crisis hizo ver la posibilidad de resolver la demanda crítica pero también de avanzar a desarrollar mayor nivel de producción, ante la inescrupulosa caída en el vacío que resultó de la activa política neoliberal que acababa de explotar, dejando (hablando de este campo) a la población sin medicamentos que hasta hace pocos años producía (como insulina) y que a poco de reactivarse por la enorme presión popular, llegó a producir en escala apreciable (una gran cantidad de Medicamentos Básicos Esenciales) hasta algunos que se exportan, luego de haber sometido a la población a una horrible zozobra en el pico de la crisis (caso Factor VIII, para hemofílicos).

Producto de este impulso a la movilización, generada por el fracaso de las políticas neoliberales y la indolencia de las autoridades (aun en plena crisis la mayoría de las soluciones fueron poco menos que impuestas por la población, y en los casos en los que aquellas no fueron logradas, aun hoy se evidencia la insuficiencia de las alternativas gubernamentales) se obtuvo durante un período considerable un grado interesante de participación popular, que de lo mencionado culminó en organizaciones alternativas de gran potencialidad, como el Foro Social de Salud. Este espacio colectivo logró (al menos hasta hace un tiempo) congregarse a un importante sector del activismo sanitario, de algunos grupos estudiantiles y a una parte del sector más avanzado de algunas universidades –entre ellas, de la de Buenos Aires– y también organizaciones de usuarios, pacientes, grupos piqueteros diversos y asambleas populares. Tuvo dos clases de expresiones, dado que el Foro Social de Salud realiza desde 2002 (hasta hoy) un evento anual que llegó a ser muy concurrido en los primeros dos años, con participación internacional y destacadas figuras nacionales. Llamativamente, su repercusión en los medios de difusión fue escasísima esos años, y nula en el último. El otro modo de expresión con que el Foro cuenta es un funcionamiento permanente, que a la vez que organiza el evento anual, motoriza reclamos y movilizaciones sobre temas relacionados con la salud. Se logró tener una sola reunión con quien era el viceministro de salud en 2002, y luego de reiteradas y declinantes promesas, ya no hay ni siquiera ofertas de cumplimiento de promesas de los compromisos de esa reunión, ni expectativas de ser escuchados ni en el Ministerio del área ni por instancias superiores del Gobierno, aun con insistentes pedidos y movilizaciones de miles de personas. Sí se lograron inscribir algunas iniciativas parlamentarias (como una ley de gratuidad de la atención de la salud, y otra para el transporte gratuito para concurrir a los centros de salud) pero no se ha logrado que éstas tengan efectos concretos¹⁶, evidente producto de la tozuda resistencia de las autoridades gubernamentales para escuchar los reclamos populares. Si bien la legalidad del gobierno no está, de ningún modo, en cuestión, no parece inapropiado recordar que esta estirpe de resistencia a estos reclamos está estructuralmente relacionada con las que erupcionaron en la última crisis, y –además– sobre ella fue que se desencadenaron los hechos que condujeron a las elecciones que encaramaron a este gobierno. Aun hoy, el oficialismo (paradójicamente?) se reconoce (o se postula) como heredero de esos acontecimientos.¹⁷

6. EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS: CÓMO NEGARLO Y DECLAMARLO EN UN SOLO ACTO

¹⁵ Cabe desatacar que, como fuera dicho, existen instrumentos normativos que permiten o aun –supuestamente– alientan la participación comunitaria, tanto en el control de gestión como en la toma de decisiones. Estas normas eran letra muerta hasta que la crisis de diciembre de 2001 les dio cierta vida en manos del avance participativo.

¹⁶ Un rol especial ha cumplido el permanente obstáculo a medidas progresistas que sigue constituyendo el Senado de la Nación, muy sujeto a los intereses clientelistas de los gobiernos provinciales, a quienes rinden cuenta apenas un poco menos que a sus intereses personales.

¹⁷ Para mayores datos sobre conflictividad social y derecho a la salud en 2002, puede consultarse Grimberg, M “Protesta Social y Salud: un abordaje antropológico de las demandas e iniciativas de salud en el marco de la movilización social en Argentina (2001-2002) En Minayo, C (Compiladora) *Críticas y Actuales: ciencias sociales y humanas en salud en América Latina*. CLAVES-FIOCRUZ. Río de Janeiro. En prensa.

El acceso a la salud constituye –teniendo en cuenta la historia y las capacidades de la Argentina- un problema grave y paradójico. Del mismo modo que el país sufrió una desindustrialización severa desde la dictadura, desarticulándose su clase obrera de un modo brutal –en todo el sentido de la palabra- vulnerando su potencialidad, algo similar ocurre con la salud.¹⁸ El panorama referido al acceso a la salud se expresa de muy varias maneras, comenzando por diversos modos de cobros de aranceles para la atención, a veces mal disimulados. Los reclamos sobre esto son casi siempre formalmente aceptados pero no tienen consecuencias. La carencia de insumos ha naturalizado la presión para la exigencia al usuario de proveer de materiales descartables, placas radiográficas, y diversos insumos, casi siempre importados (lo que los hace onerosos). Los “turnos” a plazos eternos para prácticas diversas –como las quirúrgicas- también están naturalizados¹⁹, así como la falta de personal técnico y profesional, dado que las vacantes suelen no cubrirse (o hacerlo con contratos basura) y las jubilaciones despueblan los servicios (incluyendo algunos que cierran). Merced a estos mecanismos, la consulta que se logra suele ser tardía, y la demanda oculta muy extendida. Los servicios de APS están descoordinados, la relación de referencia/contrarreferencia quebrada, los profesionales que trabajan en el primer nivel aislados y desjerarquizados, trabajando sin incentivos en centros que no pocas veces cobran aranceles. Existen diversos mecanismos tanto en hospitales como en APS que resultan en no asistencia a los pacientes que no son de la jurisdicción a la que el efector reporta.

En particular, una de las (pocas) áreas en las que el gobierno ha tenido una firme iniciativa ha sido en la de los medicamentos, pero esta iniciativa no puede considerarse feliz. Cuando la crisis los volvió inaccesibles para la mayoría de la población –y para muchos de los afectados por problemas específicos (diabetes, hemofilia, VIH)- las ventas de la industria farmacéutica tuvieron una brusca caída (pasaron de un nivel de ventas de US\$ 3.700 millones de dólares a US\$ 1.135, de 2001 a 2002), pero prefirió la conservación del margen de ganancias a resignar parte ellas conservando volumen. Además, las O. S. y prepagas redujeron los descuentos para sus afiliados, de un 10% a un 30%, dependiendo del plan (o sea de lo que el afiliado paga de cuota). Debe recordarse que en la década anterior (y hasta meses antes) la industria había acumulado una tasa de ganancia exorbitante, aun para el sector: los aumentos (con un peso convertible, igual al dólar) habían alcanzado cerca de un 150%, en promedio en un momento en que la inflación se acercaba a cero. Solo un 7% de los medicamentos eran producidos por el Estado, habiendo una capacidad ociosa que podría multiplicar rápidamente esa producción por dos o por tres. Pero los dos modos en que se encaró el problema (más allá de la algarabía mediática que caracteriza el Ministerio, que autoensalza sus más que modestos logros cuando lo son) han dado un resultado paupérrimo:

- a) Implementó la ley 25.649 de **prescripción de medicamentos por su nombre genérico** (a la que se empeña en llamar “de medicamentos genéricos” aunque el mismo nombre lo desmienta). Con ello pretendió lograr que se modificara el modo de prescribirlos a fin de que el usuario comprara medicamentos más baratos. Esta iniciativa no incluyó ninguna medida concreta para mejorar la calidad de ellos, ni su control, por lo que somete al usuario (que no al médico) a buscar y decidir por el precio. Este es un mecanismo, entonces, que utiliza al consumidor individual para presionar a un mercado poderosísimo, mediado por la corporación médica y la farmacéutica, fuertemente influida por la industria del medicamento. Además antes de la implementación de esta ley, el 15% de las ventas ya estaba en manos de los mal llamados genéricos (son copias sin control de bioequivalencia) y un 7% era desde hace años producido por el Estado²⁰. Por otro lado, la O. S. de los jubilados (que consume el 35% de los medicamentos) ha mantenido un trato con la Industria que deja afuera a un número considerable de fármacos. Además, una buena cantidad de medicamentos no tienen alternativas, ya que hay una o dos marcas con diferencias consensuadas de precios. Por último, esta ley promovió las ventas de los mal llamados genéricos, por lo cual, de un promedio de un 30% de aumento que tuvieron los medicamentos desde la implementación de la ley (muy por arriba de la inflación, y recordemos que ya tenían un aumento del 150% en dólares antes de la crisis), la mayor parte fueron de aquel grupo. Desde 2002 a 2004 las ventas aumentaron un 70%, encontrándose en franca recuperación. No promueve el uso de los medicamentos que la OMS llama genéricos, y mucho menos se ha preocupado por hacer racional el uso de los fármacos, en un país con una plétora de productos (15.000 específicos) mucho de ellos inútiles y varios dañinos para la salud, y en el cual la población paga en promedio la mitad del gasto en medicamentos de su bolsillo.

¹⁸ Así como el desarrollo de su clase obrera (y su especial crecimiento en la postguerra inmediata) devino en expresiones de su fuerza, una de cuyas representaciones fue el desarrollo de las Obras Sociales sindicales (tanto como expresión de su demanda específica: salud; como en demostración de su capacidad operativa: manejo de recursos económicos); así también las necesidades de protección y bienestar popular devino en expresiones de formas del llamado Estado de Bienestar que se mostró en las capacidades de prestación de ese Estado. Ambas expresiones mostraron un grado importante de conflicto, con picos severos en el '73 y síntomas seculares (cada vez más espurios) en las últimas décadas. Si en los '70 los sindicatos podían temer la pérdida de beneficios genuinos para sus afiliados (y justificar en parte su otro temor, el de perder el manejo de recursos monetarios) hoy esta disputa solo mantiene el componente espurio, cada vez más evidente.

¹⁹ A este respecto, un ejemplo reciente y muy ilustrativo ha sido la inculpación al personal en huelga de un hospital pediátrico por la reprogramación de operaciones, que por ello ocurrirían en un plazo de más de un año, naturalizando que este tipo de intervenciones no tienen otro destino que la espera de más de 12 meses. Si se perdiera un turno (y la huelga no es un motivo excepcional; hay otros cotidianos, como inundaciones de la zona, falta de insumos, falta de personal, etc) la consecuencia puede ser una nueva eterna espera. Sin embargo, esta injusticia flagrante solo es motivo de queja de los medios de difusión cuando puede ser causada por una protesta de los trabajadores.

²⁰ No hay cifras actuales, pero la crisis y la respuesta, aún desordenada, voluntariosa y desestimulada por el Estado, parece haber establecido un piso cercano al doble. Varias ciudades populosas como Córdoba y Rosario producen buena parte de los medicamentos para APS, y redoblaron su producción luego de la crisis. Este fenómeno ocurre en menor medida en la Pcia. de Buenos Aires y otros lugares, como Tucumán, y varias ciudades del interior.

- b) Reformuló dos préstamos del BID para aplicarlos a la compra de medicamentos para la APS; el llamado **Programa Remediar**. Uno de los préstamos estaba previstos para la Promoción de la APS (PROAPS) y el otro para el desarrollo de fuentes confiables de agua potable. El monto aplicado a su reformulación alcanza a la cifra de US\$ 233 millones, de los cuales el BID aporta solo 140 millones y el resto el Estado argentino. Del total de este monto, un 65% se utiliza para los medicamentos y su distribución, y el resto para comunicación, auditorías, asesorías, etc. Tiene prevista su finalización a fines de 2006. Con este Programa pretendió asistir a una población de 15.000.000 de personas (tal la población objetivo que establece) con un botiquín de APS, en el que incluye 40 medicamentos en 50 presentaciones. Se reparten a razón de 14.000 botiquines mensuales, a un costo por botiquín (incluyendo su distribución) de US\$ 240. Ha ido variando el tipo de laboratorio a quien se efectúan las compras de medicamentos, pero en ningún caso lo ha sido a Laboratorios de PPM. La provisión es muy variable y suelen agotarse los medicamentos de mayor uso a los pocos días de su llegada al centro de APS (sobre todo antibióticos y antihipertensivos) y hay muchos de los medicamentos cuya entrega se discontinúa por meses o definitivamente (atenolol, ranitidina, levotiroxina) por lo cual los usuarios no saben a qué atenerse, deben interrumpir el tratamiento, descreen del sistema y determina el fracaso de la atención. Por otro lado, el desabastecimiento de medicamentos en los hospitales ha generado una sobredemanda en los Centros de APS, a los que los usuarios llegan a una consulta repetida luego de la hospitalaria en la cual no se le ha provisto de medicación. Finalmente no hubo participación de ninguna entidad prestigiosa en la planificación ni la hay en su control.²¹

En definitiva, se utilizan los préstamos dejando de lado su destino original (constituyendo no solo una contradicción en términos de la misma lógica del BID, que pretende dirigir sus préstamos a *inversiones*, sino que además deja sin resolverse la problemática que originó esos préstamos), es una política focalizada para resolver un problema generalizado, suma 140 millones de dólares a la deuda externa, exige una inversión del estado de casi 100 millones más (pero para el mismo Programa), no deja instalada ninguna capacidad, utiliza solo dos tercios de este dinero en medicamentos, no solo no reformula ni promueve la APS –desjerarquiza la prevención y otras acciones- como no sea a partir de la provisión de medicamentos (lo cual constituye una perversión de la APS) sino que provoca obstáculos en la programación de la atención, no planifica el uso racional de medicamentos (y menos en el nivel local), beneficia exclusivamente a la industria farmacéutica privada (y multinacional) en un momento de crisis de las ventas, y no favorece la PPM en un país con alta potencialidad en el área.²²

7. GLOBALIZACIÓN DE LA SALUD

Desde 1992 quedó en evidencia la fuerte impronta del Banco Mundial (BM) en las políticas de salud. Ese año el BM publica su conocido Informe “Invertir en Salud” donde establece pautas que han tendido a transformar el concepto de atención de la salud en atención a la enfermedad, a brindarla con una lógica mercantil que la convierte en una mercancía, previendo modos de proveerla a la población excluida con políticas focalizadas, dejando para otro milenio lo que se había avanzado (entre otras áreas) con la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

En los '90, precisamente, se transformó en un clásico la idea de considerar a la Argentina como el mejor alumno de los planes de ajuste. El equipo conformado por el presidente de entonces, Carlos Menem, y su ministro de economía, Domingo Cavallo, realizó un severo esfuerzo –a costa del sufrimiento popular- para merecer tal distinción. Fue el período en el que se instauró la “convertibilidad”: un peso argentino ‘equivalía’ a un dólar. Argentina se caracterizó por un alto gasto en salud (para parámetros internacionales, sobre todo de países en desarrollo), constituyéndose en el de mayor *per cápita* en el subcontinente. El gasto total de medicamentos ascendió –en ese período- a US\$ 5.500 millones por año. El período se caracterizó por una fuerte aceptación de las políticas determinadas por los organismos multilaterales de crédito, incluyendo el área de la salud, aunque el monto de los préstamos que el país recibía no superaba el 1,5% del gasto en total del área, lo que confirma un dato que se ha hecho notar repetidas veces: los préstamos internacionales, pese a su bajo monto, son capaces de torcer políticas y estrategias de los países.²³ El Ministerio de Salud no tuvo prácticamente iniciativas, con una sola excepción: se negó a aceptar préstamos del BM para la prevención del VIH debido a que –en este caso- se exigía que se incluyera en las políticas preventivas el uso de preservativos, anatema para un gobierno que se declaraba fuertemente católico, que tenía estrechos vínculos con la jerarquía eclesiástica y cuyo Ministro de Salud pertenecía al Opus Dei. No estuvo ajeno a esta situación que en esos años Argentina sufrió un severo aumento en la epidemia de SIDA y un ascenso significativo de la razón mujer/hombre, que pasó de 1/18 a 1/ 2,5. Sin embargo la situación actual no es más alentadora, al menos claramente en el área de salud. De una pasividad extrema respecto de lo establecido en el área de economía, la actual gestión (Ministro de Salud Ginés González García, presidencia Kirchner) pasó a ser protagonista activa y comprometida con las líneas que bajan del BM, FMI, BID, etc. No se ha revertido la privatización generalizada de servicios (salvo contadas

²¹ En cuanto a su control, no lo ejercen ni Cáritas ni la Cruz Roja, las únicas ONGs que figuran, ya que lo hacen solo en función de la “satisfacción del usuario”, control que es más ficcional que real. Pero la agencia que debería auditar (Auditoría General de la Nación, dependiente de la Cámara de Diputados) aun no realizó ninguna acción, a casi tres años de iniciado el Programa.

²² Para mayores datos puede consultarse el documento “Política Actual de Medicamentos; un análisis del Programa Remediar”, producido por la Cátedra Libre de Salud y DDHH de la Facultad de Medicina (UBA), disponible en www.fmed.uba.ar/depto/ddhh.

²³ La política dictada por los organismos multilaterales se estableció en cada área que se propuso, que fueron todas: política económica-financiera, políticas sociales, laborales, educativas, comerciales, obras públicas, y por supuesto, salud. Todas fueron influidas o manejadas directamente por el Ministerio de Economía, absorbiendo áreas –entre ellas el control de los medicamentos que pasó a la Secretaría de Comercio Interior- o sometiéndolas a su control.

excepciones), la gestión se realiza con los parámetros de estos organismos, las políticas se siguen definiendo en función de la financiación externa que se recibe. Uno de los casos claros es el Plan Federal de Salud (cuyos detalles están comenzando a hacerse públicos) el cual insiste y potencia la política que se intentó en los '90, basada en políticas focalizadas, en modalidades clientelistas, y sobre todo en el fatídico subsidio a la demanda, postergando y desjerarquizando toda acción preventiva planificada (salvo los programas focalizados que decíamos). En un momento en que la crisis de las Medicinas Prepagas y las O. S. muestran sus limitaciones estructurales²⁴, y que el único sistema que ha respondido en el caos de 2002, fue el público (aun con sus severas falencias), la apuesta del Ministerio es subvencionar la actividad privada, y sostener el sistema caduco (y además corrupto) de O. S., desarrollando pagos por prestación o contratos de locación de servicios (contratos basura) para los médicos y demás trabajadores de salud, y ningún lugar para el equipo de salud.

Es aun más ilustrativo el caso de los medicamentos, ya que ha resignado una histórica capacidad científica y técnica (que Argentina en tiempos anteriores ha acreditado, entre otros modos, con tres premios Nóbel) que la habilita para la producción de medicamentos de calidad irreprochable, con planificación estratégica de necesidades y desarrollo de uso más racional en función de ella. De hecho, la atención de la Tuberculosis (TB) se basa en la PPM, produciendo 6.000.000 de comprimidos anuales de 5 drogas tuberculostáticas (incluyendo PAS sódico, medicamento del cual es el único proveedor y por falta de apoyo se careció durante el último año, dejando a los afectados de TB Multirresistente sin este insumo clave) aun con la desidia de las autoridades. Existen cerca de 40 plantas de PPM, muchas de ellas reactivadas luego de (y debido a) la crisis de 2002, y varias de ellas se construyeron y habilitaron luego de la crisis, incluyendo por lo menos dos plantas que luego de construidas con todos los recaudos y todas las normas para su calidad (y con gran capacidad de producción), no han sido habilitadas debido a una previsible falta de apoyo oficial. Mientras esto ocurre, la política de medicamentos del Ministerio de Salud auxilia y rescata a la industria privada implementando dos iniciativas que no tienen en cuenta ni la producción de Medicamentos Básicos Esenciales, ni la planificación local, ni prácticamente ninguna de las recomendaciones internacionales sobre el tema. Es más, la agencia de control de los medicamentos (ANMAT) sigue sin tomar seriamente el tema de la calidad ni de la producción de fármacos. Una sola de las plantas ha querido comprometerse para proveer 55 millones de comprimidos al año de Amoxicilina (que es lo que utiliza el Programa Remediar del Ministerio de Salud, que se financia con un préstamo internacional y que compra medicamentos a la Industria) para lo cual necesita un respaldo mínimo y el compromiso de adquirir su producción. El Ministerio no lo ha considerado. El Programa aún (a tres años de su inicio) no provee Permetrina (para la sarna, problema de gran prevalencia e importancia sanitaria)²⁵ cuya licitación el Ministerio declaró desierta por falta de oferentes, aunque un laboratorio de PPM ha asegurado que puede proveer las necesidades nacionales del fármaco. A pesar de eso, el Ministerio persiste en dejar a la población sin ese medicamento. No puede pensarse que esto es colateral: la evidencia indica que mientras declara otra cosa, los medicamentos aumentan de precio, recuperan nivel de ventas, aumentan la proporción de gasto de bolsillo de la población (y eso se traduce en un mayor peso significativo para los más pobres), mantienen ganancias exorbitantes, y por otro lado no ha habido ningún avance en el control de medicamentos inútiles o perjudiciales, ni en control de calidad, ni en control de propaganda de medicamentos que inducen a la automedicación. En síntesis, la política de medicamentos está orientada de un modo irresponsable, sostenida mediáticamente en la prensa, la radio, la TV (incluyendo un uso poco claro de los recursos de la propaganda oficial del Ministerio) y que objetivamente ha beneficiado a la Industria en un momento en que la crisis amenazaba poner en peligro su nivel de ganancias.

8. LA SALUD Y EL FUTURO CON QUÉ SE CUENTA Y CON QUÉ NO, CON QUIÉN SE CUENTA Y CON QUIÉN NO

Las perspectivas de Argentina son potencialmente promisorias –debemos insistir en ese punto- teniendo en cuenta la calidad de sus recursos existentes o potenciales, la capacidad científica, técnica, y la historia de compromiso de amplios sectores de los trabajadores de la salud. Contar con profesionales en forma abundante (aunque hubiera que reorientar aspectos de su formación), con una estructura valiosa (aunque esté hace años abandonada), con un nivel de gastos no desdeñable (aunque esté orientado de muy mala manera) en un país con un nivel de recursos importante (aunque tenga una inequidad escandalosa: 32 veces entre el decil más rico al decil más pobre), y capacidad de producir alimentos para una población 10 veces superior a la que el país posee (aunque haya una desnutrición atroz, enorme prevalencia de anemias en niños y en mujeres, y una mortalidad infantil oprobiosa, sobre todo con dos tercios de enfermedades evitables y vinculadas con la pobreza y la desnutrición) muestra el claroscuro de lo que se tiene y lo que efectivamente se soporta. Como se muestra en esta enumeración, se cuenta con recursos como para afrontar el problema. Ocurre con la salud algo que ha ocurrido con otras cuestiones, cosa que no puede sorprender: Argentina es un país con enormes riquezas y una cultura de gran nivel. Pero el empobrecimiento de la población ha sido resultado de políticas desaprensivas decididas por los organismos de crédito y aceptadas por la clase política y empresaria

²⁴ Ya antes de 2002, el porcentaje de población dependiente exclusivamente de la atención pública pasó del 37,6% (en 1997) al 43,2% (2001), mientras que los que tenían alguna clase de cobertura social (para trabajadores activos o pasivos) decrecieron en ese mismo lapso del 50,3% al 46,7% (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales - Siempre. Buenos Aires, 2002). Actualmente se acepta que más del 50% no tiene otra cobertura que la asistencia en el servicio público. Sin embargo su presupuesto sigue inalterado pese a la devaluación, el aumento vegetativo y la mayor demanda.

²⁵ A riesgo de ser obvios, remarcamos que esta carencia afecta de un modo diferencial a los más de 15 millones de pobres, con falta de acceso a elementales insumos para su higiene, incluyendo el agua.

argentina, con más compromiso que resignación. Ha contado además con la anuencia del sector mayoritario de la cúpula sindical y de la iglesia católica. Todos estos problemas se repiten, como calcados, en el área salud. Las especificidades de la Iglesia católica (sobre todo en lo relativo a políticas de salud reproductiva) y de la cúpula sindical (en relación con proteger sus intereses con el manejo de las caducas y parasitarias Obras Sociales sindicales) hacen el panorama más sombrío. A la concepción sostenida por los Organismos Multilaterales de Crédito, debe sumarse, dolorosamente, el auxilio que les ha prestado la OMS y la OPS, no ejerciendo una actuación suficientemente diferenciada de esas políticas. El informe que el equipo de OMS-OPS en Argentina realizó en 2003, establece una interpretación bastante condescendiente con las autoridades, concediendo una seriedad, capacidad organizativa y ecuanimidad que en la realidad es deficiente o inexistente. Minimiza problemas gravísimos (no da cuenta, por ejemplo, de las intervenciones quirúrgicas que se pospusieron, generando riesgos enormes e innecesarios, o que se autorizó a reciclar material descartable con criterios acientíficos y aun discriminatorios, y además se fracasó en crear los comités de crisis hospitalarios dado que los profesionales sintieron una presión injustificada para resolver con criterios poco serios las emergencias) y válida “aprendizajes”²⁶ de parte de las autoridades que no pasan de intenciones declaradas pero descreídas o aun combatidas por ellas. Hubiera sido de gran ayuda (ayuda que los pueblos legítimamente esperan de OMS-OPS) que se hubiera hecho un seguimiento de las políticas –por lo menos- erróneas que se perpetraron.²⁷ Pero lo que nos parece más grave es que destaca la “enseñanza” de la crisis (de la que una de sus causas preponderantes fue precisamente el seguimiento a ultranza de las recetas neoliberales, entre las que se destaca el ajuste perpetuo sin medir consecuencias) lo expone con la expresión “convencerse que en gastos generales siempre hay lugar para un ajuste más”²⁸. No podemos menos que considerarla una expresión poco feliz, y un concepto que lamentamos no solo que así sea dicho, sino que su aplicación aun vigente indica precisamente que una de las mayores enseñanzas no fue aprendida y que una de las oportunidades más precisa dolorosa de aprenderla ha sido nuevamente desdenada.

Está meridianamente claro que, técnicamente, se cuenta con una buena base y se está en capacidad de organizar un eficiente sistema de salud, público, gratuito, equitativo, financiado por rentas generales, universal, incluyendo políticas afirmativas que resuelvan la mayoría de las inequidades, incluyendo las étnicas y las de género, además de las obvias de clase. A esto se suma la importante capacidad –activamente desdenada- de producción de medicamentos adecuados y de calidad (incluyendo vacunas e innovaciones accesibles) en una población necesitada de ellos. El problema está en la oposición que se tiene y se sostiene de parte del *establishment*, de las corporaciones, de los restos –activos y vitales- del poder sindical relacionado con las O. S., y la falta de visión (sea por miopía espontánea o por las alteraciones provocadas por prebendas) de parte de la corporación política. Es cierto que un sector importante de los trabajadores de la salud no ha estado a la altura del desafío, y también ha sido así respecto de la academia en general²⁹ y del sanitarismo en particular. Pero el panorama real que se ve cotidianamente y el peso de la crisis sigue siendo tal, que no puede ignorarse que esto sigue brindando esta dolorosa oportunidad. La historia del genocidio de los '70 (y el aprendizaje que cada tanto asoma sobre ese período) y las jornadas del verano 2001 y 2002 (y la potencialidad allí mostrada, a pesar de los errores y su fugacidad) alientan a pensar en una probabilidad basada en un compromiso que los sectores populares parecen guardar para imponer cuando la oportunidad sea propicia.

²⁶ El informe enumera una larga lista de lecciones aprendidas por las autoridades en la crisis. No hay ninguna evidencia de ese aprendizaje sino por el contrario esa lista parece más bien una enumeración de lo que, a pesar de todo, las autoridades están decididas a no aprender (*participación de la comunidad hospitalaria en la resolución de los problemas, trabajar en red*, etc). Al finalizar este documento se desató una crisis en todo el sector salud, en varias provincias, con paros cada vez más extendidos, carencia de insumos, represión, etc.

²⁷ Entre los muchos ejemplos, está el horroroso referido a las inundaciones en la ciudad de Santa Fe, provocadas por la falta de culminación de obras de defensa del ejido de la ciudad convirtiéndola una trampa, sumado al desdén de la atención a las advertencias sobre el desborde del río. A eso se sumó que la atención misma de la catástrofe fue de una ineficiencia cardinal, pero además, la financiación de la ayuda económica a las consecuencias de ese desastre profundizó la injusticia, ya que incluyó el desvío de la provisión de recursos a localidades no afectadas por la inundación pero sí controladas por sectores afines al Gobernador.

²⁸ Zeballos, José Luis: *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001–2003*; Buenos Aires, OPS, 2003. No se nos escapa la posibilidad de interpretar esta expresión de otros modos. Sin embargo dos factores nos hacen manifestarnos del modo que lo hicimos. Uno, relacionado con la terminología, cara (carísima) a los Organismos Multilaterales de Crédito, lo que dificulta darle otra interpretación. El segundo, relacionado con la oportunidad. En el momento clave de la crisis (la mayor crisis del país, desencadenada por años de ajuste pero cuya eclosión fue precisamente una inflexión hacia profundizarlo) reivindicar el ajuste equivale a mentar la soga en la casa del ahorcado.

²⁹ Véase “Qué le hace Falta a la Salud en Argentina”. Corriente 20 de diciembre de Alames en Argentina. *Boletín Fármacos, volumen 5 (3), 2002*; disponible en <http://www.boletinfarmacos.org/072002/comunicacion.asp?Recid=39> (en dicho número puede consultarse una gran cantidad de documentos sobre las diferentes perspectivas planteadas en ocasión de la crisis de 2002 respecto a salud y medicamentos).