

ACTO DE APERTURA

Cdor. Carlos Vassallo

En representación del señor gobernador de la Provincia de Mendoza, anfitriona de este encuentro nos acompaña el Sr. Ministro de Gobierno el Dr. Juan Carlos Jalif, y como siempre también está con nosotros un alma mater de nuestra Asociación que es actualmente el Ministro de Salud de la Nación, el Dr. Ginés González García. Contamos también con la presencia del Ministro de Desarrollo Social y Salud de la Provincia de Mendoza, el Dr. Juan Manuel García, también está en esta mesa el representante de la Organización Panamericana de la Salud en la Argentina, una de las organizaciones más impulsoras de la actividad de nuestra Asociación, el Dr. Juan Manuel Sotelo, y por último el Subsecretario de Salud de la Provincia de Mendoza que nos ha brindado un apoyo importante para la concreción de estas jornadas, el Dr. Armando Caletti.

Cuando pensaba cómo hacer esta inauguración estábamos editando el libro que el año pasado hicimos de las Jornadas de La Falda en Córdoba. Como presidente de la AES me tocó hacer el prólogo que tradicionalmente hacía Ginés que era el Presidente, y justamente puse allí que al haber hecho el encuentro el año pasado en las condiciones en las cuales nos encontrábamos, era algo que solamente se pudo haber logrado recurriendo a los artistas que dicen al subir al escenario “*que a pesar de todo el show debe continuar*”, lo cual traducido a nuestro caso se lee como que debemos seguir trabajando dentro del sector.

Nos encontramos hoy en un año muy arduo, y luego de haber superado una situación de extrema gravedad, estamos en una situación que en términos médicos podría llamarse de terapia, pero ya una terapia intermedia, cuya evolución va a depender mucho de lo que podamos hacer para resolver sus aspectos más críticos.

Este encuentro está convocado pensando no en el mañana, ni en el día después, sino que está pensado para reflexionar sobre una agenda de nuestro sector salud para los próximos diez años, para el decenio. Pensando que las cosas no se consiguen de la noche a la mañana, sino que requieren todo un proceso de construcción política y social de los distintos sectores. Es por eso que la Asociación de Economía de la Salud, que siempre ha intentado plasmar el pensamiento de los distintos sectores políticos y sociales que integran el sector salud en la Argentina, está muy complacida en poder repetir estas Jornadas por decimotercera vez y poder contar con una serie de invitados que nos enorgullecen en los distintos paneles, tanto a nivel nacional como internacional.

Luego vamos a ir conversando a lo largo de las Jornadas sobre algunos detalles que quisiéramos comentarles respecto de la Asociación, pero ahora le cedemos la palabra al representante del Sr. Gobernador, al Dr. Juan Carlos Jalif para que nos dé la bienvenida y haga la apertura formal de este encuentro.

Palabras de Bienvenida

DR. JUAN CARLOS JALIF

Sr. Ministro de Salud de la Nación Dr. Ginés González García, Sr. Presidente de la Asociación de Economía de Salud, Dr. Carlos Vassallo, Sr. Representante de la OPS Dr. Juan Manuel Sotelo, distinguidos profesionales asistentes, señoras y señores: Me complazco en representación del Gobernador de la Provincia el Ing. Roberto Iglesias en darles la bienvenida a Mendoza y a estas Decimoterceras Jornadas Nacionales y Duodécimas Internacionales de Economía de la Salud, a los asistentes de este encuentro, donde nos abocaremos a la discusión de uno de los aspectos más críticos del quehacer nacional, como es la atención y prevención del estado sanitario.

Y en este aspecto, podemos decir que desde el primer día de nuestra gestión comenzamos a trabajar en las prioridades que nos habíamos fijado. Primero la puesta en forma y adecuación de la capacidad de respuesta del Estado ante los requerimientos de la sociedad. En segundo lugar, fijar las estrategias y acciones de trabajo para atender a uno de los sectores más críticos como es la atención de la salud.

A nadie escapa que desde la última década y fundamentalmente desde el año pasado, cuando se registró la etapa más aguda de la crisis fue cuando se produjo el mayor incremento de la demanda de atención, debido a la exclusión de millones de argentinos. Mendoza obviamente no fue la excepción, y ahí estuvo el Estado para compensar las carencias. En ese período fue cuando la mayor cantidad de mendocinos se quedaron sin su cobertura social, pero en ningún momento se desatendieron las necesidades, ni el sistema público estuvo en riesgo de colapsar, por el contrario la crisis fue dinamizadora y generó una capacidad creativa destacable.

Nos enfrentamos a una lógica de los números que era totalmente negativa, pues la cantidad de pacientes sin cobertura social ascendió a 590.000 en el 1999 y a 800.000 en el año 2002, pero eso se solventó con el aumento de los recursos presupuestarios, que fueron de \$ 150 millones en 1999 y \$174 millones en el 2002.

Aumentó la cantidad de pacientes pero se mejoró la calidad del gasto utilizando adecuadamente los fondos, con los que se logró mantener y mejorar el nivel de atención. Hay que destacar que las prestaciones de salud requieren como es sabido, un alto componente de tecnología de avanzada y procedimientos de diagnóstico de alto costo, y que a partir de que dejó de funcionar la convertibilidad esto se debió pagar a más del triple de lo que valía.

De esta forma se resistió en Mendoza el peor embate y podemos decir ahora que tenemos en marcha un sistema de salud que es modelo en la Argentina. Claro que no es un caso cerrado, ya que mientras se superaban las dificultades con el extraordinario y valioso recurso humano con el que contamos, se siguen dando pasos fundamentales, y aprovechamos este breve espacio para situarlos a trazo grueso en la fisonomía sanitaria de nuestra provincia en cuanto a recursos.

- § En el aspecto material contamos con 22 hospitales en todo el territorio provincial, de los cuales 4 son de alta complejidad y han merecido distinciones y reconocimientos a nivel nacional.
- § Como imprescindible complemento contamos con una red de más de 300 centros de salud que atienden las consultas de atención primaria, que contienen a los pacientes en ese primer nivel y que descongestionan a los hospitales de esa afluencia.
- § El aumento de atención derivada de la caída de las obras sociales, llevó a que el año pasado los centros de salud atendieran a más de 2.250.000 consultas, y los hospitales también aumentaron su respuesta llegando a efectuar 1.800.000 consultas. Estas cifras nos indican la cantidad, pero hay que señalar que los

sistemas privados a partir de su propia ecuación de costo beneficio, fueron derivando al sistema estatal los pacientes de mayor riesgo sanitario y las prestaciones de mayor complejidad.

- § A todo ello se respondió con eficiencia y podemos exhibir como ejemplo la drástica reducción de la mortalidad infantil al 11 por mil según las mediciones del año pasado, la segunda más baja del país.

Entendemos que se pudo responder porque se diseñaron estrategias como la definición del rol estatal en la función de planificación, asistencia y regulación de un sistema muy complejo. También se impuso la regionalización sanitaria como herramienta de gestión, y se creó el sistema de información de salud centralizado donde se registran las condiciones sanitarias de la población y se identifica a todas las personas cuya atención corre por cuenta del Estado.

Podemos decir con autoridad, que en Mendoza la optimización de los recursos y la administración ordenada demuestran que la economía en la salud no significó recortar gastos desatendiendo las crecientes necesidades, sino salir al encuentro de los problemas. Un factor fundamental en este aspecto son las políticas preventivas: para ello se han unificado todos los programas en una sola gerencia y también se reforzaron los programas de vacunación a cargo de los prestadores estatales y de la obra social de los empleados públicos, en coordinación con instituciones privadas.

Desde el punto de vista económico, nuestra concepción es que la salud no es un gasto sino una inversión en los recursos humanos de una provincia, que marcha hacia delante por contar con una población activa, tenaz y con un gran espíritu de trabajo. Pero también el sistema de salud es un factor movilizador de la economía, porque en primer lugar es fuente de trabajo para más de 7.000 personas, a la vez que constituye la demanda de la industria farmacéutica y de otros insumos medicinales e instrumentales.

Con estos logros y de cara al futuro, ahora nos embarcamos en la elaboración de un plan provincial de salud, que definirá las acciones a seguir con carácter de política de Estado que deberá trascender a las futuras administraciones en la provincia. Con este plan también daremos sustento a la creación del Seguro Provincial de Salud, que garantizará la cobertura sanitaria a todos los habitantes tal como lo manda la Constitución Nacional, y tal como se lo ha fijado la provincia al tomar en sus manos el manejo de la salud en su territorio.

Muchas gracias y nuevamente bienvenidos a Mendoza.

Coordinador Carlos Vasallo

Vamos a tener un programa muy intenso y previamente a saludar a las autoridades y dar paso a la primera mesa, queríamos pedirles un minuto de silencio, porque nos parece que están pasando cosas a nivel internacional, que desde ya nosotros queremos reflejar, como las muertes absurdas que se están produciendo fruto de esta confrontación entre Estados Unidos e Irak. Y por otro lado también queremos recordar al médico de la Organización Mundial de la Salud, el Dr. Carlos Urbani que fue el médico que detectó la enfermedad en los países del este asiático y que falleció junto a esta enfermedad.

Muchas gracias a las autoridades y los despedimos e invito a Andrés Chianalino a dar comienzo a nuestra conferencia central

Conferencia Central

Salud, desarrollo económico y equidad en América Latina

Coordinador: Dr. Andrés Chianalino

Brevemente destaquemos que este panel es un panel de viejos y antiguos militantes de la Asociación de la AES, tenemos al socio fundador, ex presidente de la Asociación y actual Ministro de Salud, Ginés González García, que ha hecho un esfuerzo enorme para acompañarnos en estas Jornadas, y como comentaristas de su conferencia cuyo título es "Salud, desarrollo económico y la equidad en América Latina", tenemos al representante de la O.P.S, el Dr. Juan Manuel Sotelo que también nos acompañó durante muchos años y colaboró con el progreso y la difusión del conocimiento científico que realiza la AES, y al Dr. Oscar Cetrángolo que es economista de la CEPAL.

Dr. Ginés González García

INTRODUCCIÓN

Nuevamente en esta oportunidad intentaremos vincular en el análisis a tres conceptos que en cierto modo son viejos conocidos nuestros en estos encuentros de la AES: la salud, el desarrollo económico y la equidad. Hace muchos años venimos diciendo que al contrario de lo que se creía antiguamente en cuanto a que la salud era una consecuencia del desarrollo económico, nos resulta cada día más claro y evidente que la salud es causa de desarrollo económico, es causa de la mejor equidad y es parte del desarrollo.

En este sentido los últimos años han sido años muy duros, desde el punto de vista de la tremenda inequidad que se fue construyendo en una Argentina que ya venía siendo inequitativa, y que consolidó esa situación en la década de los 90. Y donde muchos teóricos consideran que la inequidad y la injusticia son las principales razones no sólo de la desarmonía social, sino inclusive de la ruptura de la cadena política, y también la causa fundamental de la ausencia de crecimiento económico. Hablamos a partir de Argentina, pero desde ya esto se extiende a América Latina.

Muchos teóricos de la economía creen que América Latina no ha crecido, sobre todo de los '90 en adelante, no porque haya sido un continente esencialmente pobre sino fundamentalmente porque ha sido un continente injusto. La injusticia de América Latina se muestra en las terribles diferencias que hay entre los estados de salud y a su vez los estados de salud mejorados, y sobre todo más equitativos, permiten que logremos un desarrollo humano distinto en nuestro país. Y por eso le hemos dado prioridad a que las brutales enfermedades que tuvieron la economía y la política en Argentina en los últimos 3 años, no se transmitieran a la salud colectiva.

Hace un año cuando asumimos el Ministerio, nos encontramos no sólo con una enfermedad terrible de la macroeconomía y de la política, sino también con un Ministerio de Salud al que se le había decretado su muerte, y que de hecho ya no era más un Ministerio de Salud. Y que además venía teniendo una tremenda devaluación de su imagen para los argentinos, a punto tal que muchos creían que no había razón para que fuera necesaria su existencia como tal.

Seguimos creyendo que solamente un Ministerio federal, en un país federal, puede disminuir las terribles inequidades que hay dentro de la Argentina, entre las provincias argentinas y dentro de las provincias argentinas. Y además creemos y hemos tratado de demostrarlo, que es un actor imprescindible tanto para la disminución de las inequidades, como para la construcción de políticas activas nacionales como ha sido la política nacional de medicamentos entre otras.

Cuando venía en avión hacia este encuentro, una amiga me preguntó en medio de la conversación, *¿Por qué hicimos la AES?* La verdad que siempre es más fácil contestar sobre el pasado que sobre el futuro porque al pasado uno lo modela como lo recuerda. Y con esto queremos decir que cuando hablábamos en los '90 de crear y construir la AES, e hicimos las primeras Jornadas en el Banco Provincia de Buenos Aires, y allí estaban algunos de los que afortunadamente están hoy acá, esencialmente lo que queríamos crear era un ámbito no estrictamente académico o de sociedad científica habitual, sino un ámbito y un instrumento que desde el conocimiento nos impulsara a modelar los cambios en Argentina, nos impulsara a la acción, nos sustentara en la acción y nos permitiera establecer lo que finalmente uno siempre tiene que establecer en una institución, que es la determinación de prioridades, porque esencialmente la política es determinación de prioridades. Si pudiéramos hacer todo en las instituciones o lugares donde estamos, realmente ni seríamos necesarios nosotros institucionalmente, y si no pudiéramos hacer nada tampoco.

La gente creía, sigue creyéndolo en parte hoy, que en verdad la idea del Estado o la idea de la acción es una idea muy devaluada. Nosotros hemos tratado en este tiempo, y decimos nosotros muy intensamente porque a partir del recuerdo de esa gestación de la AES hace 13 años, hemos consolidado un nosotros que persiste con el mismo espíritu, recreando las mismas cosas, y manteniendo temas como éste de decir cómo vamos a hacer la agenda del futuro, cómo colaborar en la construcción de la agenda del futuro que, por supuesto, es la mejor construcción que podemos hacer del futuro. Y en ese sentido creemos que el esfuerzo de este año ha sido muy interesante porque tratamos de hacer una política de Estado y un Ministerio de Estado, y lo decimos ahora porque estamos al final de la gestión, y estamos orgullosos de lo que hemos trabajado para construir esta idea de las políticas de Estado, y de los Ministerios de Estado que representen al conjunto del bien común.

¿Cómo tratamos entonces de hacer la política? ¿Cómo determinamos prioridades en un país que tenía todas las prioridades configuradas como urgencias, todas las enfermedades y además un riesgo terrible de que nada funcionara en pocos días?

Los tratamos de construir con muchas de las cosas que hemos debatido y que hemos alimentado desde este ámbito de encuentro en estos años. Nos preguntamos en primer lugar, *¿Cuál es el principal problema hoy de la Argentina?* Y nos respondimos que el principal problema es el empobrecimiento agudo, pero viene de una enfermedad muy crónica, que es un empobrecimiento relativo en términos históricos prácticamente constante, pero además un crecimiento brutal de la inequidad.

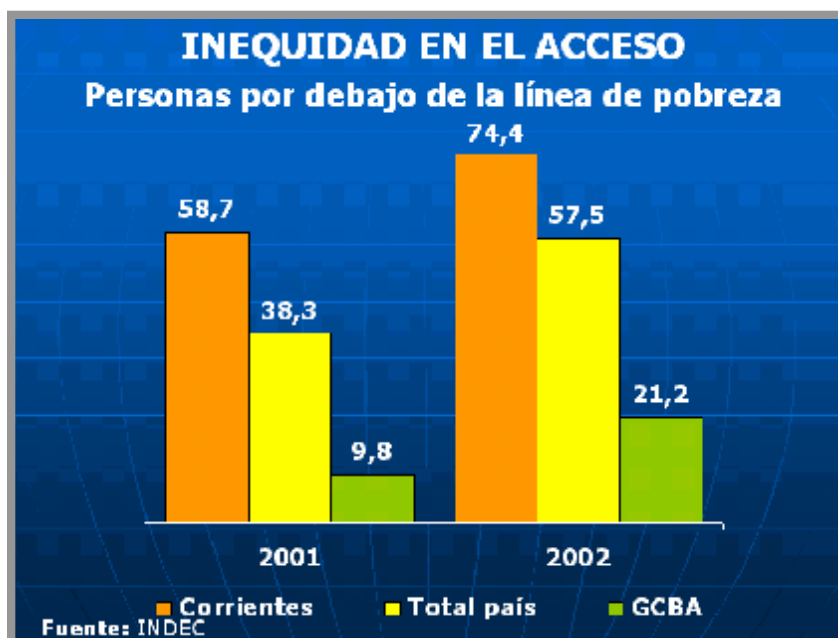
A partir de este diagnóstico, que por supuesto es muy simple y muy trágico pero que hay que tomarlo como tal, tratamos de permitir que la salud siga siendo un motor, no sólo del derecho a la vida, sino del derecho a la libertad. Porque como hemos dicho otras veces, no hay libertad mayor que estar sano y estar pleno, y no hay cautiverio mayor que estar enfermo. Y también nos planteamos cómo hacer para mantener en el territorio de la Argentina un sentido de igualdad, cuando la Argentina se está poniendo tan desigual. Y cómo hacer para mantener intacto ese capital que venimos defendiendo desde hace muchos años, que es el capital sanitario, a partir de nuestra creencia que el mejor recurso que tenemos los argentinos somos los argentinos. Y en consecuencia es clave que ese capital humano esté conservado, mejorado y disponible con toda su productividad para reconstruir la Nación.

NUESTRA EXPERIENCIA A PARTIR DE LAS POLÍTICAS DE ESTADO

A partir del planteo que comentábamos, nos dijimos que ante todo teníamos un problema de equidad. Y los problemas de equidad pueden ser medidos básicamente en tres aspectos: acceso, financiamiento y resultados. En nuestro caso había claramente un tema grave que era la **equidad de acceso**, que se agudizó bastante en los últimos tiempos ya que el proceso de caída de la macroeconomía en esos tiempos fue muy duro.

Mirar qué pasó con el acceso, con el financiamiento y con los resultados en los últimos años en la Argentina era una manera de establecer prioridades. Por supuesto que hay mucho más de lo que vamos a mostrar, pero comenzaremos viendo cuáles fueron algunos de los indicadores fuertes que tuvimos en cuenta con respecto a esto.

Gráfico 1 Inequidad en el acceso



Si se observa el **Gráfico 1**, pueden verse los porcentajes de las personas por debajo de la línea de pobreza en el 2001 y el 2002. Allí tomamos el distrito máximo, el mínimo y el promedio, que son las tres barras del gráfico. Se ve que Argentina en el caso de la provincia más extrema (Corrientes) y la menos extrema (Ciudad de Buenos Aires), pasa de tener en el 2001 casi un 59% de pobres en un caso y un 9,8% en el

otro, a tener un 74% y un 21% respectivamente en el 2002. Y el promedio nacional sube del 38,3% al 57,5%.

Cuando un país tiene un 57,5% de pobres, implica que tiene un quiebre de acceso muy fuerte. Pero en este quiebre nosotros teníamos, además de nuestra red de seguridad social y red privada, nuestra red pública de acceso universal, que es una proveedora de servicios. Esto resultó crucial, ya que más allá de que se pudiera producir la debacle del Estado, y que trajera aparejado el colapso de algunos servicios, en términos generales, a nivel general, no se daba un quiebre total en la Argentina.

La oferta de servicios la teníamos con dificultades, pero relativamente intacta y con alguna capacidad de respuesta inclusive mayor, como la que estaba dando en ese momento como demostraron los hechos. Pero lo que no teníamos en igual medida era la oferta de bienes, obviamente por un cambio de precios de los bienes, pero sobre todo por un empobrecimiento masivo de la población.

A partir de eso, hicimos una política nacional de medicamentos. Algo absolutamente necesario, porque nada hay que frustre más a un médico que prescribir un tratamiento y que el enfermo no pueda luego adquirir su medicamento, y nada hay que frustre más a un paciente que no tener el medicamento cuando alguien le dijo que lo necesitaba.

A partir de ahí, la política es por todos conocida, hicimos la Política Nacional de Prescripción por Genéricos, que con el paso del tiempo quedó demostrado que es la más exitosa en el mundo. Tiene un crecimiento brutal, pero además virtualmente en siete u ocho meses estamos en el 53 y fracción como porcentaje de prescripción por nombre genérico. Paralelamente, recién ahora se está masificando el Plan Remediar, eso va a ser un salto espectacular porque va a incrementar mucho la prescripción por nombre genérico, pero ya como estamos somos el segundo país en el mundo de prescripción por genérico después de Estados Unidos que empezó en el '84. España por ejemplo creo que no pasa todavía del 7 o del 8%, pese a que tienen un incentivo a la prescripción a los médicos de atención primaria.

En general se suele hablar de las políticas, pero no de los tiempos de instalación de las políticas, y ese aspecto creemos que es en nuestro caso un motivo de orgullo. Hemos estado no sólo acertados con la política, sino con la velocidad con la que instalamos esa política. Y esto fue producto de una construcción colectiva que hicimos entre todos, porque si algo había débil eran el Estado y el Gobierno en el momento que la hicimos. Gobiernos mucho más fuertes no la pudieron hacer, pero en nuestro caso sacamos fuerza de todos los que están acá y fuerza de la sociedad toda. El discurso fue simple, el Estado somos todos. Una cosa es el gobierno donde todos somos circunstanciales, pero el Estado somos todos y en todo momento. Entonces la clave es hacer políticas de Estado, y con este hecho simple que transmitimos, no sólo entre las distintas jurisdicciones del Estado, como las provincias y la Nación, sino también hacia la sociedad, conseguimos esa masa crítica de recursos humanos para esta reconstrucción colectiva y para esta política.

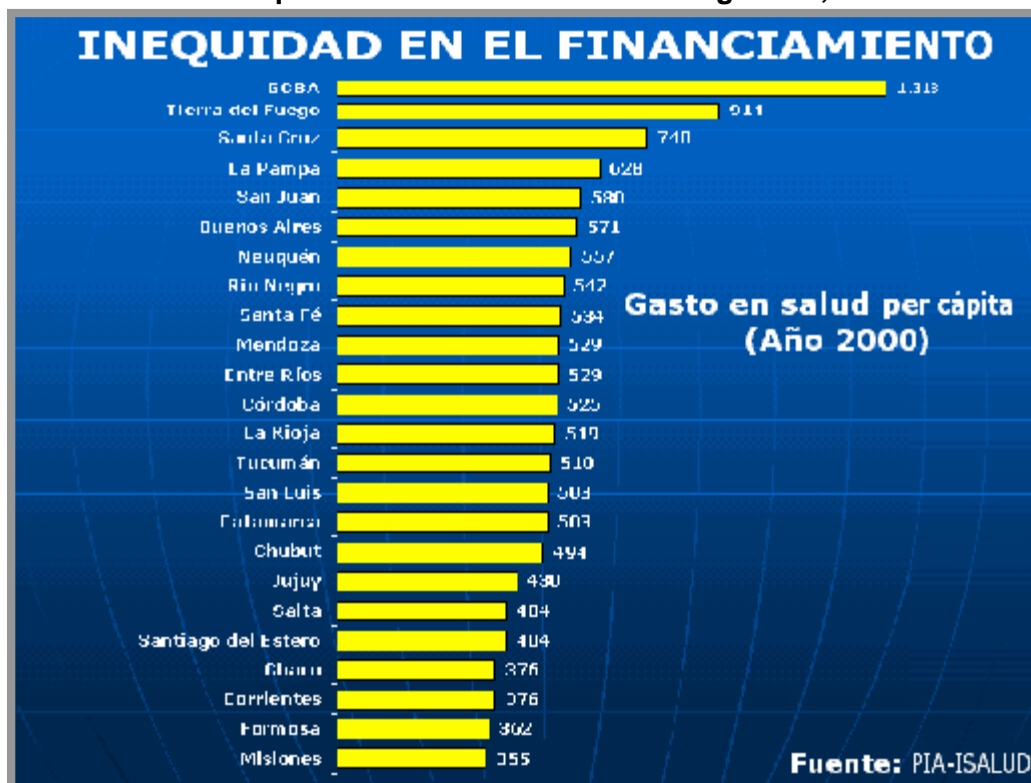
Pero la razón de haber priorizado medicamentos fue recomponer el acceso a los bienes, porque si no se volvía estéril gran parte de la inversión que se seguía pagando en todo el sistema de salud.

El otro aspecto que nos falta relativo a los bienes, fue que hicimos la ley para sacarle cualquier tipo de carga impositiva y aduanera a toda importación de insumos. Esta ley fue hecha rápido pero imperfecta y entonces no alcanzó, pero también les decimos que es la ley que tiene prioridad en el tratamiento en las Cámaras ni bien sesionen. Decimos todo esto porque está puesta en la agenda de sesión

parlamentaria como ley prioritaria, y como es una ley que ya fue aprobada por la Cámara, nadie puede pensar que la Cámara va a discutir lo que en algún punto decidió y no le salió como ellos creían, confiamos en que esta segunda parte esté lista a la brevedad.

Y habíamos hablado al comienzo de los tres aspectos o perspectivas para mirar los problemas de equidad. Hemos tratado el acceso, y los otros dos, financiamiento y resultados, podemos verlos graficados en los dos cuadros siguientes.

Gráfico 2 Inequidad en el Financiamiento Argentina, 2000

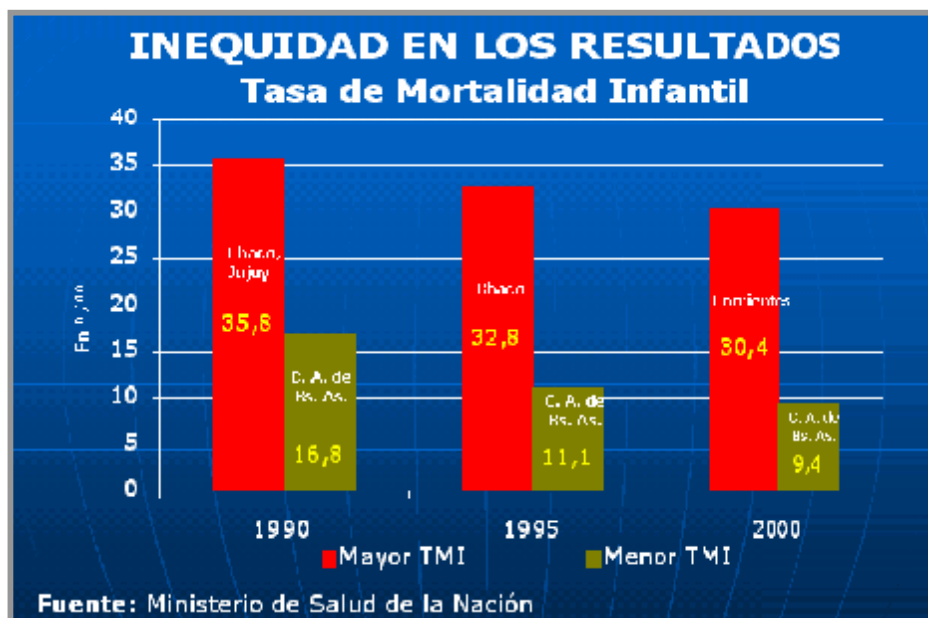


Respecto al **financiamiento**, esta es una pintura histórica de la situación porque son datos del 2000, por lo tanto los valores naturalmente deben remitirse a esa época, pero vale a los fines de mostrar la desigualdad entre las provincias. La brecha es notoria en el gráfico: el GCBA tenía en el 2000 un gasto en salud per cápita de \$ 1.313 y Misiones en el otro extremo, tenía \$355, o sea era 3,7 veces menor que el caso del GCBA, y 21 jurisdicciones tenían un gasto que era de la mitad de esos \$ 1.313.

Y mirando los resultados, se puede tomar un indicador clásico como es la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI), y ver cómo está y cómo varía entre las jurisdicciones. Entonces en el Gráfico 3, puede verse que si bien se observa una disminución en las TMI en las provincias seleccionadas entre 1990 y 2000, la brecha entre las provincias en ese período es cada vez mayor.

Gráfico 3 Inequidad en los Resultados: Tasa de Mortalidad Infantil

Provincias Seleccionadas - Argentina, 1990 – 2000 -



En los casos seleccionados, Chaco y Jujuy vs. la Ciudad de Buenos Aires, la TMI tenía en 1990 una diferencia prácticamente de 2 a 1. En la década del 90, se registra un mejoramiento de la mortalidad infantil y del promedio nacional, de hecho se baja hasta los 16.7 por mil en el 2001, pero se empiezan a ver claramente en esa década dos cosas. Primero no la bajamos lo que deberíamos haberla bajado como en otros países vecinos nuestros, pero esencialmente y creemos que es lo más grave, es que se triplica la diferencia entre las distintas argentinas que son la Argentina, pasamos de un doble en diferencia de resultados a un triple entre las menos mala y la más mala, porque acá ninguna es buena.

En estas búsquedas de mirar todas las Argentinas, y ver cómo hacíamos políticas para cada una de ellas entendiendo que hay una política para el todo, surge que debíamos hacer un esquema fuerte de reasignación de recursos vinculados con una equidad entre las provincias, pero también con otro concepto muy fuerte que hemos tenido siempre en cuenta, que es una equidad intra provincia, es decir a dónde va la asignación de los recursos. Si estuviera en la AES, diría la eficiencia asignativa, pero como ahora me he embrutecido con esto de la política esas palabras las dejo de usar.

Este es nuestro tema crítico, es cierto que somos un país empobrecido, con un largo proceso de acumulación de deuda, que se talla quizás por no haber mirado a tiempo que se debería haber cambiado la política, pero que claramente se tensa hasta que al final los prestamistas internos y externos dicen "no va más". Y a partir de eso nos encontramos con una enorme deuda del pasado que se blanquea de un día para otro, lo cual genera un empobrecimiento muy fuerte, pero seguimos creyendo que el principal condicionante del desarrollo económico y humano es la injusticia.

Si nosotros no tenemos políticas activas, y eso es sólo resorte del Estado con la ayuda de la sociedad para disminuir los niveles de desequilibrio que tiene la Argentina, esto no lo corrige nadie. De hecho la apuesta de que lo corregía el mercado no funcionó acá y en ningún lugar del mundo. Mirando al mundo sólo algunos pequeños países tienen un ejemplo donde han mejorado el vivir, probablemente España es uno de ellos. Pero el resto del mundo vivió una década donde creció, y si bien Argentina en esa década de los '90 también creció, el crecimiento fue irreal

porque el blanqueo posterior mostró que se había crecido mucho en base a deuda, pero lo que nadie puede decir es que fue con la receta del derrame, porque eso de hecho no pasó.

El mundo fue más rico en los '90 y Argentina también, pero también fue más injusto, y si nosotros no trabajamos sobre este tema ya no es la viabilidad del desarrollo humano o la viabilidad de la propia armonía social solamente las que estarán cuestionadas. También estará seriamente cuestionada la democracia, porque la democracia es un instrumento para el bien común. Y los primeros síntomas son el cuestionamiento a la clase política o a la clase periodística, pero creemos que tarde o temprano va a resistir como sistema por mucho tiempo. Y desde esa perspectiva, nosotros, cuando asumimos, intentamos por un lado tener el realismo absoluto ante la crisis, para determinar qué es lo primero y qué hacemos o no hacemos. Pero por otro lado, nunca dejamos de tener una especie de realismo utópico, es decir, nunca dejamos de tener el sueño de la reconstrucción de un sistema, con las bases de lo que hemos querido históricamente que ese sistema fuera. Esta ha sido la receta que hemos tenido en el gobierno y en el Ministerio y con ustedes, y la hemos compartido. Miremos con un ojo el problema grave que tenemos hoy, pero no dejemos de mirar con utopía el mediano y largo plazo y hagamos políticas sustantivas, de Estado, políticas permanentes que nos permitan mirar sobre el horizonte. Y eso nos permitirá mirar hacia el futuro con las seguridades y las certidumbres, que nos van a dar la tranquilidad necesaria para la acción.

¿QUÉ HICIMOS Y CÓMO LO HICIMOS?

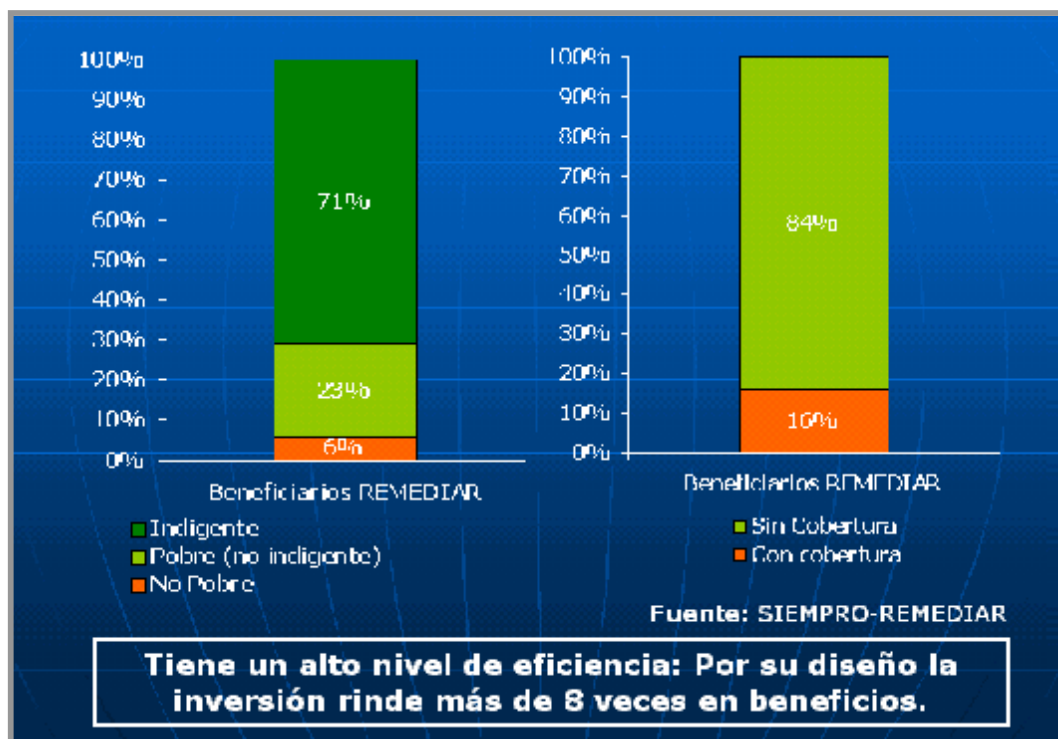
Qué hicimos y cómo lo hicimos no es casual como frase, ya que estamos orgullosos de ambas cosas, pero en particular de cómo lo hicimos. Hacer no es fácil, los argentinos somos campeones mundiales de la controversia pero no de la coincidencia. Y realmente en un momento que era casi una guerra tribal de todos contra todos, haber reconstruido la idea de coincidencia nacional y la concertación como un instrumento positivo. O sea, no la concertación como un mecanismo de inducción de las responsabilidades o de evaluación de las instituciones, porque la concertación ha sido muchas veces un mecanismo absolutamente diluyente, y de hecho en lo personal estamos hartos de ir a debates técnicos o científicos, que en realidad para lo único que sirven es para buscar un culpable antes que soluciones.

En este sentido estamos orgullosos por lo que hicimos, porque de ninguna manera el proceso de concertación fue un proceso de dilución de responsabilidades. Todos asumimos responsabilidades, todos pusimos lo que había que poner, todos fuimos a poner y no a sacar y todos dijimos "*si creemos en esto, hagámoslo*", y pusimos la cuota de responsabilidad individual e institucional que cada uno tiene y esa fue la receta. Por eso estamos orgullosos de lo que hicimos con los ministros y los sectores, en el sentido de tratar que esto tenga la máxima consistencia con nuestra actitud vinculada con el futuro.

Uno de los problemas graves que tienen los programas sociales, es que cuando se distribuyen 500 millones de pesos, eso es el **REMEDIAR**, cómo se hace para que lo usen los que lo tienen que usar.

Veamos en el **Gráfico 4** algunos aspectos aclaratorios. Si se mira la primera de las columnas, tenemos que el 71% de los que usan el REMEDIAR son indigentes y el 23% son pobres, es decir que el 94% de los que usan el programa están por debajo de la línea de pobreza, y solamente un 6% está categorizado como no pobre.

Gráfico 4 Focalización del Programa Remediar



En torno del Programa se dio una discusión inicial con el Banco, porque nos decían que el programa era masivo y entonces no iba andar. Todos sabemos que los bancos son campeones mundiales de la focalización, pero nuestro discurso era que cuando se tiene un drama que supera la mitad de los argentinos no hay focalización que valga, tiene que ser programa necesariamente masivo. Y en ese sentido preferimos equivocarnos porque alguno lo recibió de más y no porque no lo recibió, y esa fue la idea central de la discusión.

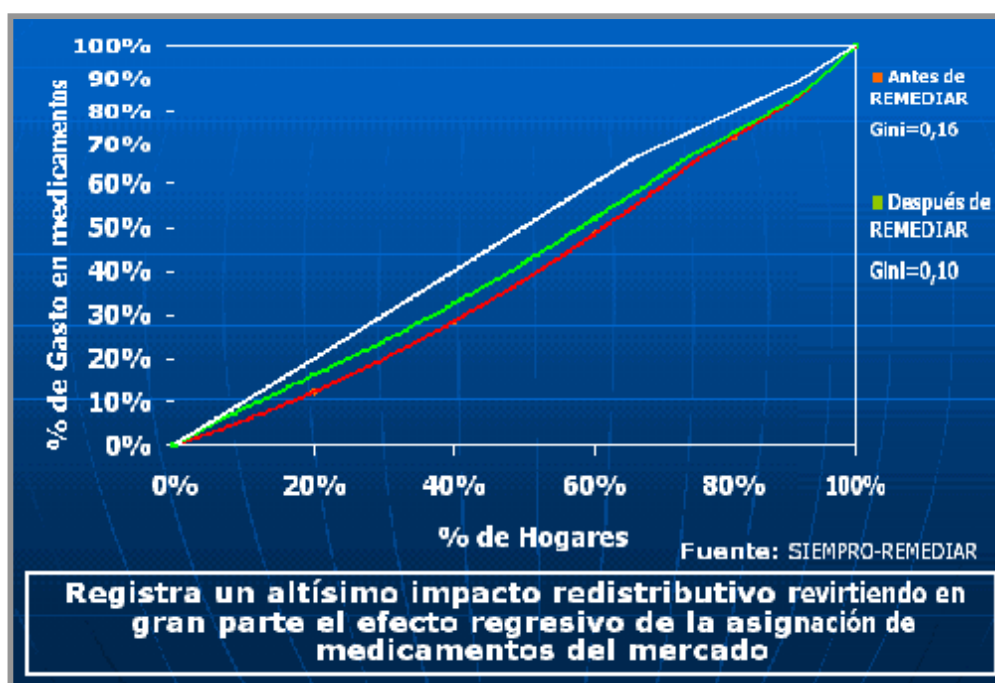
Como es sabido, la vieja receta de la focalización estaba muy aplicada en la Argentina, por ejemplo ya estaba en el Programa Materno Infantil, y entonces respecto al Remediar, el equipo y yo dijimos “masivo o nada”. Y efectivamente, hoy éste es el programa masivo de distribución gratuita de medicamentos más grande del mundo, funciona muy bien, está instalado hace varios meses si bien recién ahora está adquiriendo el 100% de la cobertura. Pero en verdad es un relojito, es un programa al que no lo rodea ninguna anécdota, y eso no es poco si se piensa que estamos trabajando con uno de los bienes transables que más desaparecían dentro del sector público. Cualquiera que haya sido ministro provincial, y en este encuentro tenemos unos cuantos, sabe que el 25 al 30% eran pérdidas, que muy educadamente y usando un término de la economía de la salud, podríamos decir que no eran pérdidas porque vencieran los medicamentos, sino más bien por los “costos de transacción” que se daban en la cadena de paso.

Es un programa que llega a todos porque llega directamente a las unidades sanitarias. Tiene mucho control, y aclaramos que le pusimos muchísimo control a propósito, y responsablemente exacerbamos la idea de que sólo lo federal lo controla. Pero la verdad es que lo controla todo el mundo: los federales, los provinciales, los internacionales, las ONGs, porque realmente queremos que sea lo que es: un programa ejemplar desde el punto de vista de la asignación de los recursos. No hay ningún programa social en la Argentina que tenga semejante grado de eficiencia,

porque comparando con el precio del mercado se compra muy, muy barato, pero sobre todo no hay otro que tenga una asignación de recursos tan correcta, y esto último es uno de los problemas graves que tenemos en los programas sociales.

Y en todos esos aspectos no hay dudas que algunas de las cosas que nos han enseñado en la AES en este tiempo fueron usadas, y de hecho muchos de los que están en este Programa son gente que ha pasado por acá y ha escuchado muchos de los debates que hemos tenido a lo largo de estos trece años en la Asociación.

Gráfico 5 Distribución del Gasto en Medicamentos Antes y Después del Programa Remediar



Veamos en el **Gráfico 5**, cómo está el I. Gini antes y después del Remediar, que es un indicador bueno para ver la eficiencia de la asignación y qué pasa con cada uno. Puede verse entonces que prácticamente bajamos de esta manera el impacto sobre el bolsillo de los hogares pobres de la Argentina. Vimos antes que el 94% de los que lo usan son pobres, por lo tanto en primer lugar bajamos notablemente el impacto del gasto directo en medicamentos que tenían los pobres. Con el Remediar estamos cubriendo no sólo el 80% de la patología, sino el 70% del gasto de bolsillo de los pobres.

De modo que se registra un impacto redistributivo muy alto, se objetiva en esta modificación del I. Gini, y revierte en gran parte el efecto regresivo de la asignación de medicamentos del mercado. Esto es difícil es lograr, sobre todo con un programa masivo diseñado y ejecutado en tiempo record, que además va a estar en ejecución hasta fines del 2004. Diríamos entonces que es un programa estructural de mediano plazo, un poco como para poder seguir con el tema de los sueños.

La verdad que una cosa es el discurso y otra las efectividades conducentes. Mucho de lo que hemos hecho, lo hicimos con un tremendo esfuerzo, hay que recordar que fue un año muy duro, conseguir dinero es muy difícil y había una responsabilidad muy política y muy clara en la asignación de los recursos. Hemos

levantado muchísimo los recursos del presupuesto nacional, pero también redireccionamos todos los créditos internacionales, porque acá no hay ningún crédito nuevo, de manera tal que fueran a este tipo de mecanismos asignativos.

Gráfico 6 Crecimiento del Presupuesto del Ministerio de Salud



Unos pocos datos acerca del tema presupuestario en el Ministerio. Si bien el 2002 fue un buen año, en el sentido que hubo mucho más cosas a partir del segundo semestre, podemos asegurar que el 2003 va a ser muchísimo mejor. Basta pensar que hemos pasado de 300 millones a 1.100 millones de pesos en muy poco tiempo. Esto se nota en el sector y en el sistema, hay más vacunas, más medicamentos de SIDA, desde ya por eso hay Remediar, hay leche, etc. Y justamente el presupuesto tiene que ver con este tipo de cosas y está detrás del discurso y la autoridad sanitaria, porque tanto en la regulación general del sistema como en la rectoría, es necesario contar con instrumentos de compensación dentro de las provincias y entre las provincias, como dijéramos al principio.

Esto es mucho. Nosotros mismos, cuando hicimos la cuenta en el 2003 nos sorprendimos, seguramente si la encuentra alguno de los candidatos le va a encantar ser Ministro de Salud próximamente, porque la verdad creemos que dejamos para los argentinos, no para el Ministro, una potencialidad de acción del Ministerio muy fuerte, en estos programas federales, que reiteramos se basan en el principio absoluto de la equidad.

¿Y por qué se basan en la equidad? Porque son programas federales, o sea de conjunto, donde le dimos prioridad claramente a medicamentos, a atención primaria porque aseguramos los medicamentos, y a la salud materno infantil porque largamos el seguro correspondiente. Y estos son los temas críticos en cuanto a asignación efectiva de recursos en momentos de crisis, con resultados inmediatos y con costo efectividad. Por supuesto hay e hicimos muchas cosas más, pero no vamos a hacer el

catálogo de la acción, sino simplemente aclarar que el mecanismo de prioridad política estuvo decidido, en términos concretos, por mecanismos que tuvieron que ver con la racionalidad que se necesita inyectar a la pasión política que todos tenemos para cambiar la historia.

Volviendo al **Gráfico 6**, se ve que hay un presupuesto propio muy levantado, de 573 millones para este año, y además están los 518 millones de los créditos del Banco Mundial y del BID, y hay uno sólo que es únicamente por este año pero tiene otra cuota para el año que viene, que es un crédito del gobierno español por 25 millones de euros, cuya licitación ya está en marcha y esperamos tenerla lista en los próximos días. Estos 25 millones de euros obviamente levantan un poco más esta cifra, pero los otros son estructurales, están por dos años, convirtiéndolos a pesos son los 500 millones del Remediar para este año y el año que viene, y son los créditos de materno infancia. Como ahora estamos lanzando el Seguro Nacional Materno Infantil va todo con presupuesto propio, pero ya estamos en trámite acelerado para darle tiempo al próximo gobierno de preparar toda la documentación para que el materno infantil tenga aportes internacionales.

La Argentina tiene que pagar muchísimo y cuando hay que pagar tanto no puede haber tanta diferencia entre lo que hay que pagar y no recibir nada, entonces hay toda una actitud, lo decimos como comentaristas de nuestra relación personal con los Bancos, de no llevarse todo sin recibir nada. Entonces los bancos tienen una actitud más condescendiente y tienden a volver a los préstamos. Creemos que esto es inexorable en la Argentina, no se puede pagar 9 o 10 mil millones de dólares al año y no tener algún acceso a este tipo de créditos, sobre todo para el área social. Lo que no podemos permitir es que nos vendan créditos como aquellos que tenían más que ver con los intereses de los vendedores que de los compradores, porque finalmente lo que terminamos haciendo es comprar dinero. Debemos determinar las prioridades: para qué queremos el dinero y cómo lo queremos. Eso antes de tomar un endeudamiento más, porque ya demasiado estamos pagando los argentinos sobre algo que muchos no hicimos.

Entonces nos parece muy importante tener una asignación de prioridades muy clara. Estas prioridades fueron hechas en absoluto acuerdo, las hemos conversado con los ministros en las reuniones del Consejo Federal de Salud (COFESA), hemos discutido y mucho, pero hemos logrado construir un vínculo que tiene que ver con la coincidencia en los objetivos políticos.

Veamos ahora algo sobre la Seguridad Social a través de el **Gráfico 7**, aunque sobre este tema va a hablar más en detalle el Superintendente Rubén Torres.

Y respecto a la Seguridad Social, muchos de los que están en estas Jornadas son distinguidos amigos de clínicas privadas, de sanatorios privados y entidades profesionales que representan a los médicos y farmacéuticos, y saben la crisis que nosotros tuvimos ahí. La verdad que entre la caída de salarios, de trabajos, y la caída brutal de responsabilidades que tienen que ver con la evasión. Febrero y marzo del 2002 fueron meses muy duros desde el punto de vista de la caída de la recaudación.

Esto se ha recompuesto bastante en febrero de este año 2003. Tenemos un 37% más de recaudación, todavía estamos lejos de donde deberíamos estar, no sólo porque tenemos falta de trabajo y bajos salarios, sino porque todavía tenemos alta evasión. De todas maneras este horizonte es muy promisorio, sobre todo febrero y marzo vienen igual o mejor porque el año pasado, tomado año a año, marzo-febrero, puede verse en el **Gráfico 7**, se levantó un poquito la recaudación, sólo un 8%,. Aunque aclaremos que si lo hubiéramos hecho recurriendo a un artificio estadístico, y en vez del período marzo-febrero hubiéramos tomado enero-enero para los dos años, el año pasado daba menos ingresos, un 1.7 en la seguridad social que el año anterior.

Hay que pensar que nosotros le metimos el punto más famoso, otras veces lo hemos hablado acá, de la pérdida de los 15 mil millones, y allí hay un punto más de aporte.

Gráfico 7 Impacto de la restitución del 1% del aporte patronal a las Obras Sociales



Entre paréntesis hay un candidato presidencial y no queremos inducir el voto, que está diciendo que va a aumentar los salarios bajando los aportes. No hay que ser muy rápido para darse cuenta que con eso el sistema de obras sociales se complica y mucho, como le hemos dicho al propio candidato. Además debería salir de la esquizofrenia que implica el hecho que supuestamente uno de sus referentes en salud diga que el sistema va a tener como eje vertebral a las obras sociales, y por otro lado todos los días también se diga que se van a bajar los aportes.

Básicamente en nuestro caso toda la estrategia que hicimos en la seguridad social fue primero conseguir más dinero, porque como estaba no podía funcionar y eso lo conseguimos. Un segundo punto fue que el dinero que se consiguiera fuera más justo en términos asignativos, y la verdad hemos hecho una reasignación interna infernal. Baste con pensar que las Obras Sociales de Dirección están poniendo el 20% de la recaudación. Y juramos que les dijimos: "si se quejan hay guerra y pena de muerte". No se quejaron, el 20% es el fuerte de la recaudación, todo eso va abajo, es el componente intraequitativo del sistema que levanta el piso. O sea que el piso lo levantamos con un mecanismo de distribución automática, no hay ningún subsidio, ninguna anécdota, ninguna discrecionalidad.

La última cosa que nos faltaba que era la responsabilidad del titular, está firmado ya el Decreto de Necesidad y Urgencia, que es una ley de la Nación, que la asignación equitativa intrasistema no va por titular sino va por cada afiliado, de manera tal que hacemos una especificidad absoluta en los individuos como último mecanismo de asignación equitativa.

Es decir que conseguimos más dinero, lo seguiremos buscando y además hemos buscado mecanismos de intrafinanciación que distribuyeran mucho más de arriba para abajo, y por supuesto que distribuyeran mucho más de acuerdo a la verdadera necesidad, sin ningún tipo de discrecionalidad y con transparencia. Pero no transparencia en el sentido de tener las manos limpias, eso desde ya no nos gusta hablarlo porque es inmoral que se lo exalte como una virtud, sino transparencia en el sentido de decir cómo se distribuyen los recursos y cuál es el mecanismo por el cual se distribuyen, y además que lo vea todo el mundo. En ese sentido, por supuesto después de condicionar y tratar prioridades sobre qué haríamos con ese dinero seguimos con la apuesta de buscar mejor financiación, pero sobre todo más equidad en la financiación, tanto en el sector público como en el sector de obras sociales.

No sabemos si se ha vuelto a publicar, pero hemos mandado un informe de gestión que muestra lo que todas las provincias argentinas han recibido el año pasado. Hemos hecho una publicación disponible al público, pero básicamente los mecanismos de asignación y distribución entre las provincias tienen que ver con nuestra concepción del federalismo, tienen que ver no con si es bueno o es malo, si es amigo o es enemigo, si es peronista o es radical, o si es alto o es bajo, sino que los mecanismos de asignación están relacionados con el estímulo a la eficiencia, o por ejemplo la producción, para no entrar después en los mecanismos que desestimulan los incentivos a la eficiencia, pero esencialmente tuvieron que ver con el nivel de pobreza. (Tabla 1)

Tabla 1 Federalismo -Transferencias efectuadas a provincias- Argentina, 2002

PROVINCIA	Transferencias en pesos (2002)	PROVINCIA	Transferencias en pesos (2002)
T. del Fuego	874.500	Jujuy	6.095.060
Santa Cruz	1.316.120	Sgo. Del Estero	7.316.261
San Luis	2.601.933	Mendoza	7.467.412
La Pampa	2.965.709	Corrientes	8.289.623
Chubut	3.169.406	Tucumán	9.383.545
La Rioja	3.516.919	Misiones	9.414.751
Catamarca	3.784.682	Chaco	10.513.743
Río Negro	3.970.853	Salta	11.915.326
Neuquén	4.067.197	Córdoba	14.674.123
Formosa	4.997.393	Santa Fe	17.547.004
San Juan	5.146.915	G.C.B.A	40.789.123
Entre Ríos	5.862.159	Buenos Aires	65.979.588
TODO EL PAÍS		251.659.164	

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, 2003

Y esto, en un sistema que venía de provincializar o nacionalizar la culpa y los fracasos como una manera de sobrevivir políticamente, no es poco. Recién nos decía el Ministro de Mendoza, que uno de los problemas que tiene es que lo acusan de oficialista del Ministerio Nacional, y entonces en lo personal también debemos ser oficialistas del gobierno de la Alianza de Mendoza, porque cuando venimos lo

elogiamos y lo exaltamos. Pero de todas maneras realmente, nos parece que es de este modo también como se conforma la cultura política, no puede ser que se use el territorio de la salud para debates absurdos que son combates meramente destructivos.

Nosotros en la medida que hagamos debates que tengan que ver con estas cuestiones profundas, vamos a jerarquizar el área como la hemos jerarquizado en todo este tiempo y vamos a seguir aumentando la legitimación social que hemos conseguido, la imagen fuerte que hemos conseguido, y les diríamos la inclusión en la agenda política de nuestro país, como hemos conseguido, porque claramente estábamos fuera de la agenda política.

DESAFÍOS DEL FEDERALISMO SANITARIO

Ya habíamos hablado de los desafíos del federalismo sanitario el año pasado en las Jornadas AES de La Falda, y en ese momento marcamos los siguientes puntos:

- § Es necesario acordar objetivos sanitarios federales.
- § Los flujos de los recursos deben garantizar en primer lugar la equidad y en segundo lugar incentivar el desempeño en función de objetivos.
- § Establecer relaciones entre Nación y las Provincias que complementen en lugar de confrontar.

Y al 2003, podemos decir qué es lo que hemos logrado:

- § Logramos acordar Objetivos Sanitarios Federales. Acuerdo Federal de Salud de San Nicolás.
- § Se transfirieron a las provincias más de 250 millones de pesos para garantizar el acceso a los servicios esenciales a través de programas nacionales. Se estima transferir más de 530 millones en el 2003.
- § El Consejo Federal de Salud se ha constituido en un instrumento imprescindible para delinear, establecer y ejecutar las políticas nacionales en salud.

De los días más lindos de mi vida, no sólo porque nací en San Nicolás, sino porque ahí lo concretamos, ha sido el del reciente **Acuerdo Federal** que hicimos los ministros, vinculado a las políticas sustantivas que queremos mantener y conservar. De hecho, no es solamente una expresión de deseo, muchas de esas políticas tienen financiación asegurada por los próximos dos años, pero es un compromiso que tomamos todos, justamente en uno de los lugares donde se hizo uno de los compromisos fundacionales de la Argentina, que significó prácticamente la creación de una nueva Argentina. Esto lo contamos mirando poco para atrás y mucho para adelante, para compartir cuál fue el sentido de este Acuerdo que tuve el honor de hacer el otro día con los amigos ministros de todas las provincias.

El año pasado, y esta es una cifra imperfecta en el sentido que no mide todo, mide lo que va en bienes, se han transferido 250 millones, pero este año 2003 tenemos disponibles unos 530 millones de pesos a las provincias argentinas.

En realidad si uno hace la cuenta a fondo, surge que el Ministerio tiene algo más de 2.500 profesionales que no trabajan en el Ministerio, sino que son contratados para que hagan trabajo asistencial. Tiene también 4.500 empleados, de los cuales 2.500 son profesionales entre los residentes y los médicos que trabajan en el Programa de Atención Primaria. Y nosotros entendemos que todos esos son recursos

para las provincias, porque es claramente un Ministerio federal. Las acciones no son acciones colectivas sino que son dineros financiadores de recursos humanos. Podemos discutir si está bien o está mal, pero ese no es el tema, lo que queremos decir es que en realidad, el monto tiene más que ver con esos 1.000 millones que mostramos al principio, que son mucho más que estos 530, lo que pasa es que esta última cifra está relacionada a los bienes que van directamente a la acción de la provincia.

Por otro lado, en la relación entre la Nación y las Provincias, el Consejo Federal de Salud se ha constituido en un instrumento imprescindible para delinear, establecer y ejecutar las políticas nacionales de salud. Y en verdad lo es, ¿Acaso puede alguien creer que hubiéramos podido construir una política nacional de medicamentos si no hubiéramos tenido consenso? ¿O que hubiéramos podido construir y a la velocidad que vamos y con las oposiciones que tiene, una política de salud reproductiva como lo hicimos y lo seguimos haciendo? Y respecto a esto último, hay que destacar que la semana que viene ya está entrando la primer compra de anticonceptivos. Y créannos que es más que la que consume el mercado nacional por año en anticonceptivos, hay oferta para todas las mujeres argentinas, porque con esto se quiere eliminar la discriminación de no tener información, ni posibilidades de acceder a cualquier procedimiento que tenga que ver con la procreación responsable hasta el embarazo no deseado.

Estas son políticas que las podemos hacer en un momento de fracturas porque hay consenso, porque buscamos consenso dentro del Estado, pero también buscamos consenso fuera del Estado y esto es fundamental.

La salud es el más poderoso oportuno y eficiente sector para disminuir las inequidades, favorecer el crecimiento económico y el desarrollo humano. Otros años hemos hablado de las teorías y de los trabajos que mostraban la vinculación inexorable entre salud y crecimiento económico, señalando que además eran parte indisoluble y se potenciaban con las políticas activas, y éstas eran la única posibilidad que tenían los más pobres. El año pasado estuvimos en un debate con un Nobel en Estados Unidos, no obstante no vimos muchas cosas nuevas, sino que vimos estudios que demuestran la novedad de los últimos años, que la salud es en verdad uno de los determinantes importantes de crecimiento económico.

Lo único que les podríamos decir de nuevo en este tiempo, ha sido una nueva explicación a las que ya había, productividad económica, mejora del tiempo de trabajo, mayor capacidad de absorber la educación, todas las cosas que sabíamos que hacían a la salud, como incrementador del crecimiento económico. Más capacidad de producir, menos gasto de salud, todo lo que hemos discutido en años anteriores, que hacen la salud como motor de la economía.

La última novedad que vimos últimamente es ésta que vincula al crecimiento económico con cuestiones culturales de la sociedad. De todas maneras el componente cultural está muy determinado naturalmente por cosas que se vinculan con la salud. La salud de la madre tiene que ver con la idea de que sea capaz de absorberlo, la salud del chico tiene que ver con la idea de ser creativo y que pueda absorber la nueva instrumentación de ese conocimiento, la salud de los viejos tiene que ver con que puedan transmitir la cultura de manera tal que se preserve dentro de la sociedad. Es lo único nuevo que he encontrado, como un aspecto más en donde la salud es el determinante del crecimiento económico.

REFLEXIONES FINALES

Y ya finalizando queremos decir que por un lado creemos que hemos demostrado la potencialidad del sector, creemos que los que empezamos hace tiempo tratando de mejorar un matrimonio bastante desavenido como era el de la economía y la salud, tratando que tuvieran un poco más de amor entre ellos y mejoraran su relación, y ha sido parte del insumo del que hemos aprendido estos años para poder hacer todo esto que hemos comentado.

Recién leíamos en el diario mientras viajábamos en el avión, que el amigo Vargas Llosa dice que las utopías no existen si no son individuales. Por supuesto que todavía es una utopía individual y todo ser humano tiene un sueño a cumplir, o muchos sueños. Y todos tenemos sueños, la única diferencia entre unos y otros es qué precio estamos dispuestos a pagar por que se cumplan esos sueños.

Pero no coincidimos en la segunda parte. Creemos que una Nación, una institución, por caso la AES, es siempre un sueño colectivo, y en la medida en que a ese sueño colectivo lo tengamos presente, y con un ojo miremos la realidad para conformarla y la inmediatez de esa realidad, y no nos evadamos tratando de hablar de enfermedades inexistentes como nos querían hacer hablar aquí al entrar, pero por otro lado no dejemos de tener la capacidad de la utopía de modelar y cambiar el destino.

Creemos que en este sentido, ese sueño sigue intacto, y también por lo menos rejuvenecido ya que lo hemos recreado en este tiempo, y debemos seguir haciéndolo. No recordamos ahora qué poeta lo decía pero la frase era más o menos así: "*En algún lugar los sueños se realizan*". Nos parece que dentro de la AES, dentro de Mendoza, dentro de Argentina tenemos que seguir luchando para que nuestros sueños de una Argentina más equitativa, con mejor desarrollo económico, con mayor igualdad, mayor justicia, más salud, esté disponible pronto para todos.

Comentarista: Dr. Juan Manuel Sotelo

Es muy grato estar en Mendoza. Visitar esta provincia y aprender las cosas buenas que aquí se hacen es algo que siempre me gusta particularmente, y además se suma en esta ocasión participar de estas Jornadas tan importantes. Ya es la cuarta vez que tengo el privilegio de participar en las Jornadas de la AES, sólo que en esta ocasión hay un desafío muy particular que los organizadores me han puesto, que es comentar la presentación del Ministro de Salud. Para poder hacerlo apelo a la tolerancia del Ministro y a su amistad.

El Ministro nos ha entregado con un lenguaje franco, directo y una interesante dosis de humor, una presentación muy desestructurada, que podría calificar desde el punto de vista de las ciencias políticas, inspirada en el bien común y en el interés nacional. Esto lo ha planteado muy bien a lo largo de su presentación.

Contribuye con buena evidencia a la agenda, que es lo que nos pidió el Presidente de la AES que hagamos en estas jornadas. Y no solamente contribuye con evidencia técnica sino también con evidencia financiera e incluso política. Nos refirió su visión y experiencia sobre una cultura de la política, y creo que estos tres tipos de evidencia se articulan claramente con ese aporte que él está haciendo a la agenda de salud.

Ha destacado la construcción política y el definir prioridades de salud, pero por consenso con todos, fue muy enfático en señalarlo en su definición, y el hecho de que estas son políticas de Estado. Ha hecho explícitos sus logros pero no así las dificultades que ha experimentado en ese definir políticas por consensos.

Es importante destacar el corto plazo en el cual esto se ha logrado y el singular momento que está viviendo la Argentina cuando tuvo lugar este esfuerzo. *“Un país en riesgo”* dice él, pero en el que felizmente pudo instalar políticas significativas como el Programa Nacional de Medicamentos, la prescripción por genéricos e instalar programas de la magnitud del REMEDIAR, que está teniendo un impacto e interés en muchos países del mundo.

También se refirió al plano internacional, y creemos que es importante destacar especialmente cuando se va a construir una política para la próxima década, la incertidumbre que representa la situación internacional actual, con consecuencias en todo terreno de cosas que creemos que es un ingrediente a tomar en cuenta en esta construcción y el desafío que nos planteaba el Presidente de la AES.

El Ministro destaca muy vivamente su convencimiento personal de las potencialidades de Argentina y de los argentinos al referirse al capital sanitario.

Quisiera mencionar tres aportes a esta construcción que se nos pide que hagamos sobre el tema, y el Ministro lo dice al señalar el qué y el cómo, y abordar la lucha contra los determinantes de la situación de salud. Me refiero a la pobreza, el analfabetismo, a la carencia de viviendas, el hacinamiento, a los ambientes nada saludables, la desnutrición, a otros factores que contribuyen a determinar el estado de salud de las personas.

El Ministro ha presentado en su conferencia estrategias sostenibles, como el caso de la aplicación de la atención primaria de la salud, el seguro materno-infantil y programas con incluso una focalización ya presentada con buen análisis financiero sobre su sostenibilidad.

Desde el punto de vista del sector salud aquí conviene focalizar mucho en intervenciones costo-efectivas. En primer lugar estableciendo programas y políticas de salud que aseguren la accesibilidad de la población a los servicios básicos preventivos y asistenciales, y aquí es donde se nos presenta qué es A, qué es B y qué es C cuando el Ministro plantea que se enfocó primero a ver el tema de los medicamentos y los insumos, y por supuesto define la atención primaria y el tema materno-infantil como el B y el C como actividades a priorizar para facilitar este acceso.

Creo que no hay que olvidar la importancia del establecimiento de otros programas para el cambio de comportamiento. En su presentación no ha cubierto todo el esfuerzo en que sabemos que está empeñado, como por ejemplo la lucha antitabáquica, que es importante y tiene un efecto innegable sobre el tema de salud. Y asimismo la importancia de promover ambientes saludables, tanto en el hogar, en la escuela y en los municipios, como en los lugares de trabajo.

Tenemos en la OMS una Comisión de Macroeconomía y Salud con un grupo de trabajo muy interesante encargado de ver los aspectos de salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza. Con respecto a lo que mencionamos acerca de intervenciones costo-efectivas, la Comisión ha escogido tres ejemplos que queremos compartir, y el primero es el de la tuberculosis. Aquí menciona el grupo de trabajo que **la tuberculosis** es la enfermedad infecciosa que provoca más defunciones y que aproximadamente 1/3 de la población del mundo está infectada. De estos infectados desarrollan la enfermedad entre el 5% y 10%, así que se estiman que habrán unos 35

millones de muertos en los próximos 20 años por esta causa. La OMS estima los costos económicos para los pobres en 12.000 millones de dólares por año.

En cuanto al **paludismo**, otro análisis importante a compartir, aquí se lo vio en relación al producto interno bruto entre el año '65 y el '90. Aquellos países con alta transmisión de paludismo experimentaron un aumento del PBI per cápita de 0.4% al año, en cambio en el resto de los países el crecimiento fue de 2.3% al año. No creemos que esto merezca más comentarios, las cifras son muy objetivas.

El tercer ejemplo tiene que ver con los **trastornos mentales**. Hay datos suficientes de que la magnitud de la discapacidad provocada por estas enfermedades es mucho mayor de lo que se pensaba. El conjunto de trastornos neuropsiquiátricos representó el 11% de la carga global de enfermedad en 1999, y se estima que esta cifra llegará a 15% en el 2020. Es obvio pensar que afectará la productividad y la formación de capital humano.

El costo para los Estados Unidos, por ejemplo, de los trastornos psiquiátricos para 1990 fue de 148.000 millones. En los países desarrollados el impacto de los trastornos mentales en el empleo de los hombres y mujeres se redujo 14% para mujeres y 12.6% en los hombres.

Quisiera mencionar un trabajo reciente de Alleyne y Cohen. Alleyne nos ha acompañado en estas reuniones anteriormente, recuerdo su participación en Puerto Iguazú. Él es miembro con Cohen de este grupo de trabajo, donde su misión era sustentar la tesis, que el Ministro presentó muy bien, de que **el estado de salud es un factor determinante que contribuye al desarrollo económico y disminuye la pobreza**.

Aquí, Alleyne y Cohen mencionan **4 cuestiones críticas**: la primera es el **nexo demográfico**. La transición de una alta a una baja tasa de fecundidad depende en gran medida de mejoras de la salud. La caída de la mortalidad infantil resulta en bajas en la fecundidad, una esperanza de vida en aumento significa un mayor horizonte temporal para cosechar los beneficios e invertir en educación, por lo tanto el aumento de la expectativa de vida actúa como un propulsor del crecimiento económico y de desarrollo humano. Notar el dividendo demográfico y la incorporación a la fuerza laboral. Aquí el Ministro fue claro al expresar el aumento de las brechas entre provincias, pero va más allá al subrayar esta presencia de diferencias incluso dentro de cada provincia.

La segunda cuestión crítica que llama la atención a Alleyne y Cohen tiene que ver con **la salud como activo para la producción**. Los trabajadores más sanos son más fuertes física y mentalmente, es menos probable que pierdan el trabajo por enfermedad, son más productivos y ganan mejores sueldos, y desde ya los niños sanos aprenden mejor.

El tercer aspecto crítico tiene que ver con **pobreza y salud**. La mala salud aqueja más a los pobres. Una nutrición deficiente debilita las defensas del cuerpo que protegen de la infección, y la infección a su vez disminuye la eficaz absorción de los nutrientes. El principal activo de los pobres es su cuerpo y éste queda sin seguro.

El último aspecto tiene que ver con **salud y desigualdad**. En los países pobres el ingreso es un seguro contra muchas causas de enfermedad mientras que en los países ricos la desigualdad del ingreso indica la calidad del régimen social. El estado, la enfermedad y las desigualdades son las impulsoras de la mortalidad y este sería el efecto que tiende a perdurar.

Finalmente queremos compartir con ustedes unas conclusiones interesantes efectuadas en Toronto, en una reunión global sobre equidad y salud en la cual

participó el Dr. Cetrángolo y vamos a destacar sólo 2 cosas de las conclusiones finales: la primera es el reafirmar y promover la atención primaria de la salud y la prevención primaria. Y el otro aspecto tiene que ver con los profesionales de la salud y me da gusto ver en esta sala a muchos líderes de la COMRA, y donde se llama a los profesionales de salud a rebatir toda decisión que incremente la inequidades en salud. Esto es importante y tiene relación con ese capital sanitario al cual el Dr. Ginés González García hacía mención.

Quiero hacer una confidencia. Hemos adelantado algunas conversaciones con el Ministro, muy preliminares, sobre la viabilidad de establecer una Comisión de Macroeconomía y Salud en Argentina, seguramente estas conversaciones van a continuar y confío en que en las Jornadas de la AES del próximo año podamos tener buenas nuevas que compartir.

Finalmente les traigo un saludo muy cálido y cordial de la Dra. Mirta Roses. Ella tiene plena confianza que la cooperación técnica que se construya con ustedes, es decir que construyamos entre todos para esa agenda de salud de los próximos 10 años contribuya a resultados en salud más equitativos, más justos y más solidarios.

Comentarista: Dr. Oscar Cetrángolo

Como decía Juan Manuel Sotelo, no es fácil comentar la charla de un Ministro, si uno quiere conservar la amistad sobre todo.

En esta oportunidad Ginés hizo una presentación donde hubo dos temas: una cuestión más conceptual y algunos aspectos que fueron más del tipo de un informe de gestión. Me parece lo más razonable concentrarme en lo primero. Y en ese sentido voy a usar unos minutos en la cuestión del desarrollo y la equidad, esta cuestión que hoy se nos aparece encima pero que en realidad es una discusión muy vieja en la teoría económica, y de hecho es una cuestión que está implícita en la propia conformación de la AES: la idea de juntar sanitaristas y economistas. Muchos lo piensan simplídicamente diciendo que los sanitaristas vienen a defender la equidad y los economistas la eficiencia. Me parece que la construcción que ha logrado hacer la AES en algo más ya que una década, es hacer entender que hay muchos sanitaristas buscando la eficiencia y muchos economistas buscando la equidad. Y creemos que ése es el diálogo posible que podemos hacer.

Se nos ocurren tres tipos de comentarios, y el primero es más del tipo de las cuestiones teóricas. Con Ginés compartimos unas mesas hace unos meses organizadas por la propia OPS, donde se discutieron las teorías del crecimiento, y la verdad es que había discusiones extremadamente teóricas, sobre todo cuando están piloteadas por economistas muy de la frontera, con cierta insatisfacción. Y la insatisfacción deviene de que el eje no está puesto en estas cuestiones que Ginés hablaba acerca de la legitimidad de los gobiernos, la equidad y la posibilidad de construir un mundo más justo, sino hasta dónde pensar de qué manera la salud es un componente del crecimiento económico.

Uno puede imaginar infinitas razones por las que una sociedad más sana es una sociedad que crece más. Y la verdad que buscar esa excusa para justificar el mayor gasto en salud me parece inapropiado. La salud es un componente legítimo del desarrollo económico, y la mejor salud del pueblo más sano debería ser un objetivo de

la política en general, independientemente de que ayude o no a crecer. Aún cuando una economía no crezca me parece que es justo que todos tengamos acceso igualitario a la salud.

Ahí hay otra cuestión que conviene que sea aclarada, y es que en el debate teórico también están los que dicen *“no se preocupe por mejorar la equidad en salud, preocúpese por mejorar la equidad en la sociedad. Si todos tienen niveles de ingresos aceptables o iguales, cada uno gasta en salud lo que quiere y tiene con qué gastarlo”*.

Más allá de que uno quiera o no quiera discutir esa teoría, lo cierto es que mirando el mundo actual, la situación argentina actual, no hay mucho margen para que tengamos en corto plazo una sociedad equitativa, así que preocupémonos por una cobertura amplia y para todos, porque para lo otro me parece que falta bastante. El mundo que se fue construyendo en los últimos años, con gran falta de empleo y con mucha población sin ingreso permanente, nos obliga a repensar la política de salud desde ese nuevo ángulo.

Y acá nos parece importante retomar el punto que decía Ginés sobre lo que ha pasado en los últimos años, en los '90, con la organización de la salud y el crecimiento económico. El mundo desarrollado viene de muy buenos años, por la mitad del siglo pasado, en donde el crecimiento venía acompañado por mejoras en la distribución del ingreso, y se había olvidado la discusión vieja sobre la elección entre crecimiento y equidad. En los '60 o '70', parecía que aquella discusión había quedado totalmente enterrada y uno había encontrado la forma de crecer con mejoras en calidad de vida.

Es cierto que ese modelo que muy claramente fue desarrollado en Europa y algunos países desarrollados, en los países en vía de desarrollo creó situaciones no tan virtuosas. En muchos casos, avances en la distribución, más allá de las posibilidades del modelo de acumulación preexistente, generaron inconvenientes. Sea por eso o por lo otro, ese modelo entró en crisis allá por fines de los '60, y recordamos esto porque fueron dos largas décadas en donde no hubo un paradigma claro en términos de qué hacer con el crecimiento, y qué hacer con las políticas sociales. Los debates de los 70' y los 80' o repetían paradigmas viejos, o no daban salidas al problema de la equidad y la prestación de servicios sociales.

Y por fin llegaron los '90 con un nuevo paradigma. Uno puede decir muchas cosas sobre lo que pasó en los '90, pero claramente todos los que vinimos a varias reuniones de la AES y compartimos varias mesas sabemos que durante los '90 la discusión era a favor o en contra. Había algo escrito, un decálogo de cosas por hacer, había una vida muy fácil para los consultores, los economistas, los sanitaristas, los políticos, porque había algo escrito que era lo que había que hacer.

Uno podía pelearse con eso y tan bien no la pasaba, pero lo cierto es que fue una discusión costosa, y ese paradigma, que era muy cómodo para muchos, desapareció. Y no sólo de la Argentina sino que se va erosionando en la discusión internacional, en las nuevas cuestiones que tratan sobre la región se va viendo que hay un trabajo muy interesante donde se resume la idea diciendo *“la región creció mucho pero junto con el crecimiento económico creció la pobreza”*. Y no se está hablando de Argentina, se está hablando de la región. Y seguramente en muchas otras partes del mundo uno puede decir lo mismo, y entonces empiezan a haber cuestionamientos y se empieza a ver que ese paradigma que priorizó el crecimiento en desmedro de la equidad, la respuesta a aquel viejo dilema crecimiento-equidad junto o separado, se resolvió en los 90' diciendo *“no nos preocupemos por la equidad porque si crecemos, el mayor crecimiento va a dar más cosas para repartir y todos vamos a estar mejor”*, y eso devino en lo que hoy tenemos.

Entonces quiero terminar esta breve reflexión señalando que nuevamente nos quedamos sin paradigma y estamos en una situación extremadamente crítica, y eso es muy bueno, es un desafío intelectual para todos nosotros.

El título de esta conferencia involucra la palabra “agenda”, y tenemos que discutir la agenda con mucha urgencia. Porque la falta de agenda también nos puede hacer perder el rumbo. La existencia de una agenda lo que nos asegura es la persistencia en iniciativas, la constancia en determinadas políticas, erradas o no, pero acompañadas de constancia. La inexistencia de una agenda nos lleva al peligro de la no constancia de iniciativas. Lo que decía Ginés acerca de lo que se hizo en este año, que fue muy poco tiempo pero involucró cambios muy significativos en términos de lo que fue la política de salud a lo largo de los últimos años, puede quedar desbaratado con una semana de decisiones en un sentido diverso al que se han tomado en el último año.

Me parece que todos nos debemos una fuerte reflexión que nos lleve a adoptar políticas de Estado que sean permanentes en el tiempo.

Ginés González García

Esta bien lo que dice Oscar Cetrángolo sobre la idea de la falta de paradigmas, y entonces resulta claro que quizás la respuesta brutal de la fuerza tiene que ver con la falta de ideas. La actitud imperial de fuerzas tiene que ver con que no hay mucha receta nueva y no están muy claras ninguna de las recetas del pasado, que se exportaron optimistamente al conjunto, especialmente a América Latina.

En términos económicos nos parece que lo que pasa es que la explosión de la nueva economía del conocimiento y los grupos financieros son los dos temas centrales, y eso es prioridad sobre cualquier tipo de desarrollo. Y esto pareciera que ha generado una cuestión donde el mundo en realidad no quiere hablar, nadie quiere hablar porque hace 10 años que no hay crecimiento sustentable. O acaso la locomotora alemana no se está cayendo, y se caen varios más detrás de ella, porque los europeos a mi modo de ver no se dan cuenta que es un crecimiento sin demasiada sustentación, más bien es un crecimiento con una opulencia de consumo que en lo personal nos parece ostentoso desde el punto de vista estético.

Pero de todas maneras en este sentido uno podría decir que se produce un cambio brutal en el modo de construcción de la economía, cuando aparece el flujo de los capitales internacionales moviéndose como se mueven, a la velocidad que se mueven. Y además tienen consignas ultranacionales, con una nueva forma de capitalismo tal que tendría que aparecer un nuevo Marx que diera una nueva interpretación desde la teoría económica a muchos de estos fenómenos, distintos a como se dieron en un punto histórico. O un nuevo Perón que haga una interpretación nacional sobre una configuración de un mundo que venía cambiando muy fuerte.

En lo personal no tenemos ninguna certidumbre, lo que tenemos son pasiones y convicciones. Pero si hay algo que tenemos claro, es que la solución de nuestros problemas es mucho más nacional que internacional: ese el primer punto. No miremos una receta importada cuando estamos hablando de una organización de la que somos parte, y donde tenemos una compatriota dirigiéndola. Pero en los temas sanitarios y sociales la soluciones son nacionales, porque entre otras cosas los enfermos son nacionales cualquiera sea el grado de globalización que tenga la economía.

Entonces nos parece que acá tenemos que pensar una receta mucho más nacional, que tenga que ver mucho más con la equidad. No sólo porque la razón de un país tenga que ver con la equidad, creemos que tenemos que buscar un mejor Estado, la lucha dentro del Estado no es fácil y no la estoy exaltando porque hay que luchar mucho para afuera y para adentro para que funcione. Y desde ya un mejor mercado. Esta idea del mercado sin regulación fue dura en Argentina y ese rol lo hemos tratado en salud. Estamos buscando un mejor mercado, y sobre todo mucho más sociedad dentro del conjunto de los que hacemos las decisiones.

Coincidimos en que ya está habiendo un nuevo mundo en el sentido de la expresión del conocimiento y lo que está pasando con el manejo de determinadas tecnologías. Entonces en ese juego tenemos que tener los ojos muy abiertos primero mirando para adentro para ganarle a la realidad, y luego mirando hacia afuera porque el mundo no va a ser igual en 30 o 40 días, y de hecho nos parece que ya no es igual a lo que creíamos que era. Y éstas son las dos recetas, tener clarísima una mirada interna y por otro lado no dejar de mirar ni un segundo un cambio mundial que realmente, más allá que nos parezca injusto o absurdo, choca contra toda la teoría moral que supuestamente regía el mundo hasta hace 30 días y que venía de la 2° Guerra Mundial, y que se ha roto completamente. Se ha quebrado todo el código y también todas las alianzas. Y en este juego lo único que no nos podemos permitir es quedarnos quietos. Entonces reconstruyamos hacia adentro y tengamos los ojos bien abiertos hacia afuera porque vamos a ver, y quizás eso también es lo lindo de vivir, la incertidumbre de un destino que podemos construir, pero que nos obliga a mirar un poco cómo juega todo el resto.

Y además de comentar todo esto, queríamos decirles que somos mucho más optimistas que Oscar en esa semana que dice que cuesta desmontar lo que montamos. Primero porque los gobiernos provinciales sirven todos y todos tienen un compromiso firmado, y segundo porque los gobiernos del poder Legislativo siguen y la estructura legal de Argentina sigue, y muchas de las políticas son leyes fuertes, con los matices que les pueda dar cualquier ministro, pero son leyes. Y además el consenso donde muchos de los que estamos acá, estemos donde estemos, vamos a levantar las voces cuando se intenten modificar las cosas en las que creemos, porque no estamos defendiendo un feudo, un partido ni un voto, estamos defendiendo un conjunto de acciones en las cuales consentimos porque las construimos. Así que en ese sentido, por más que seas Ministro, no creo que lo puedas cambiar.

<p><i>APUNTES DEL DEBATE</i></p>

§ **Pregunta de la audiencia:** *Quería hacerle una pregunta al Sr. Ministro. Como representante de entidades profesionales médicas, nosotros no podemos expresar más que satisfacción por las cifras estadísticas que oímos, además que estando también en la trinchera sabemos que son reales. Y en ese sentido tenemos en claro que la falta de continuidad de las políticas a través de los distintos gobiernos, la falta de políticas de Estado en temas tan importantes como salud y educación, han sido uno de los problemas que han llevado a la Argentina a la situación actual. Entonces el temor nuestro es que políticas tan importantes como la del régimen nacional de medicamentos o la de procreación responsable, se pierdan no a muy largo plazo. Porque ya tenemos las elecciones nacionales encima, y en ese sentido creemos que es importante el acuerdo que se hizo en San Nicolás. Pero ocurre que se hizo con los Ministros y nosotros sabemos que muchos de esos Ministros probablemente no estén entonces. Concretamente la idea es preguntarle*

si esto es un primer paso y no cree que realmente habría que hacer un gran acuerdo con los partidos políticos, porque el fundamento de esto es que tuvimos una charla con el Superintendente de Servicios Sociales, el Dr. Rubén Torres, y presentó cifras tan alentadoras como las que usted presentó acá, y cuando le preguntamos si algunos de los equipos de salud de los próximos candidatos se habían acercado a asesorarse, o a coordinar algo, la obvia respuesta fue que no. Entonces tenemos miedo de que si no hay un gran acuerdo político todas estas cosas corran el riesgo de perderse en el corto plazo.

Dr. Ginés González García: Está bien la pregunta. Yo también tengo ese miedo en el sentido que no puedo ser tan absurdo de ignorarlo. Pero también le digo que tengo menos miedo que la otra vez que estuve en la función pública, en la que llevo 12 años, porque hay un consenso intrasectorial mucho más fuerte y no hay una disputa adentro. Una de las cosas que reafirmo es que la dirigencia del sector, si bien seguimos teniendo problemas, no es parte del problema. Entonces que la dirigencia esté con consensos mínimos, más allá que tiene que defender los intereses del sector que representa, y lo hace bien y debe seguir haciéndolo, pero que a la vez tiene 7 u 8 objetivos comunes, que involucran a la industria farmacéutica, los médicos y las clínicas privadas. Hay mucha masa crítica, pero también va a depender mucho de nosotros que eventualmente no le dejemos todo a un iluminado, y que sea todo “*la vida por Ginés*”, porque no debe ser así, y el primero que no quiere que sea así soy yo. Entonces les digo que hemos construido, hemos hecho todos los instrumentos, consensos, las leyes, ahora estamos modificando el Consejo Federal de Salud de tal manera que sea un organismo permanente con más funciones. Hoy tenemos el que tenemos, con todas la entidades y con el Comité de Crisis que lo hemos transformado en el Consejo Consultivo con rango ministerial. Quizás, si se lo quiere reafirmar para seguir haciendo cosas productivas y que no sea igual la incertidumbre, en la próxima reunión del Comité de Crisis hagamos cinco consensos y los larguemos del Comité de Crisis. Como yo no estoy buscando votos ni soy candidato a nada digo que son necesarios para darnos más certidumbres, más instrumentos institucionales, o más reafirmación de lo mucho que hemos construido, y después seguimos nosotros. Confío en nosotros, y creo que todos nosotros tenemos que ser activos.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Una pregunta al Ministro. Por lo que escuché, creí interpretar que existe la posibilidad de que todo lo que se hizo y todo lo que se avanzó sufra desvíos o se caiga. Entonces la pregunta es: ¿usted piensa que hay candidatos que defienden modelos que atentarían contra esto?*

Dr. Ginés González García: No quiero hacer una connotación electoralista de esto porque ustedes conocen mi estilo, y creo en los votos pero a partir de la mera política y no de la chicana. Siendo concreto a lo poco que se dice claramente dije que el Dr. Menem dice que va a bajar los aportes, y eso es bajar directamente lo que va al sistema de la seguridad social que está con muchas dificultades. Esto es un absurdo y lo es más que nadie se lo diga. No obstante los periodistas en eso tienen bastante ignorancia, pero es incongruente que a su vez el Dr. Matera diga que las obras sociales van a ser la base del sistema cuando el Presidente dice que le saca la plata al sistema, y de hecho ya lo hizo.

Por otro lado me parece que el candidato López Murphy tiene claramente una posición distinta en medicamentos, donde dice claramente que va a cambiar la Ley de Patentes. Hay toda una cuestión con patentes que tiene controversias y que ustedes la

conocen; ahora hay una ley en el Parlamento que dice que va a cambiar respetando lo intelectual. No lo explica mucho pero es lo más parecido al pensamiento patentístico internacional que al nacional. Y también dice que va a cambiar la política de medicamentos, y además es uno de los que más me ha agraviado en términos personales, pero nunca he tenido que contestarle.

Y los otros la verdad es que dicen poco; no soy un experto en candidatos. Kirchner ha dicho que va a mandar hacia adelante a la política de medicamentos y la política de salud reproductiva, y no me acuerdo nada más.

Por supuesto que estamos en una democracia, el Presidente es el Presidente, el nuevo gobierno será el nuevo gobierno. Pero el nuevo gobierno no va a tener tanto poder como ustedes creen, ése va a ser el gobierno de la transición. Nosotros fuimos el gobierno de la emergencia y el de la transición es el que viene, y va a tener una coalición parlamentaria con mucha fragmentación porque no tiene una elección de diputados junto con el Presidente, de manera tal que no va a representar el voto a la Cámara o al revés, con lo cual las leyes serán dificultosas y fragmentadas. Quiero decir que cuando uno tiene los problemas de este tipo de gobernabilidad, difícilmente pueda irle en contra a la política que tiene consenso. Entonces la expresión del consenso a través de formas como las que hemos construido, o de las instituciones en términos individuales defendiendo no digamos todo, pero sí cinco grandes temas, diciendo que con la salud no se embroma, eso me parece una garantía tremenda ante quien quiera que sea el próximo presidente.

§ **Pregunta de la audiencia:** *Quisiera hacerle una pregunta al Ministro, pero antes quisiera felicitarlo por la exposición porque me pareció brillante. Pero la duda que se nos plantea permanentemente es si puede coexistir la equidad o igualdad en salud con la injusticia social, porque creemos que realmente el país vive una gran injusticia social.*

Dr. Ginés González García: Es un debate actual, como bien lo señalaba Oscar Cetrángolo. Muchos economistas, o algunos de ideologías de extrema izquierda dicen que debe cambiarse todo porque sino no cambia nada. A mí me gustaría cambiar todo como a ustedes seguramente también, pero les digo que en salud tenemos un formidable instrumento y por eso dije que es el más oportuno porque lo que hagamos va a ser mucho más rápido que otra cosa. Cambiar la distribución de ingreso de un país demora no se sabe cuánto, y lo que hagamos en salud en cambio es inmediato, no como educación que hay que esperar 20 años, en nuestro caso si hacemos algo ya la semana que viene lo empezamos a ver en términos de algunos resultados.

Entonces es absolutamente equitativo, no porque nosotros seamos buenos o seamos los más justos y los otros no lo sean, sino porque el sistema nuestro está organizado, y algunos programas después lo reafirman, de manera tal que los usen los que menos tienen. Nosotros somos no sólo oportunos, sino también tenemos mayor eficiencia asignativa porque rápidamente el recurso lo usan los pobres. El problema de la educación en la Argentina es que resulta absolutamente injusta por los modelos secundarios, sobre todo los universitarios y gratuitos, con lo cual, cuando se alimenta la educación, que es donde más presiona el sector medio, en realidad se distribuye en una manera tal que el 6% de los pobres van a la universidad. En salud, al menos el 94% de los pobres utilizan el sector público, como resultó claro en el caso del medicamento, y en una visión más amplia tiene que ver con todas las otras cosas que relacionadas con el futuro en la medida que no sólo se conserva la posibilidad

económica, sino que se conserva la vida, la capacidad de trabajo o la capacidad educativa.

Es obvio que el modelo más injusto tiene consecuencias, y no podemos atemperar todas las consecuencias. Y de hecho en nutrición se ve, aunque nos hagan la pregunta a nosotros que es donde menos tenemos que ver, pero decimos, cuidado porque somos un instrumento poderoso, y entonces no seamos solamente los que recibimos las víctimas, porque nosotros podemos cambiar la historia antes que sean víctimas. Y creemos que ahí es donde hay que meter el esfuerzo y acaso ese tipo de esfuerzo es un nuevo rol del Estado, por eso hoy el Estado Federal ha tomado un poco más de fuerza, está siendo mejor reasignador porque tiene esa intención política, y está planteando una nueva relación federal.

Como todos, también nosotros queremos hacer, y como dijimos tenemos en manos un instrumento de acción gubernamental inmediata, por eso queremos defenderlo y esto no es sólo con referencia al sector público. Pero la financiación tiene que ser financiación colectiva, porque a un 57% de la población no se la puede dejar a cargo de los bolsillos. Eso en todo caso servirá para algunos cuando necesiten una habitación privada para cuando reciben a la televisión o se sacan las fotos para las revistas *Hola* o *Gente*. Pero para el resto tiene que ser un sistema colectivo, no hay opción, ningún mercadista nos va a decir que eso es posible. Entonces hay que hacer un sistema de financiamiento colectivo con provisión pública y privada.

Porque si bien hablamos mucho de lo público, el seguro materno-infantil, que inauguramos dentro de dos semanas, viene con provisión pública y privada y es suplemento federal, sobre los fondos de recursos que ya hay. Pero lo hemos pensado así, lo vamos a hacer así, y largaremos un seguro materno-infantil unas dos semanas antes de la elección, pero no se puede perder tiempo. Y como nadie discute que esto sea una foto preelectoral, porque tiene que ver con otra cosa, creemos que tenemos un buen rumbo y la verdad que nos parece, y lo digo con mucho brío, que somos el testimonio más vivo que podemos continuar esto y tenemos que pelearla. Por ahí le toca más liderazgo de cara visible a algún otro, pero seguro que desde otro lugar voy a seguir estando y que todos los que estamos acá vamos a seguir estando y todos tendremos un rol, capacidad y posibilidad de acción. Soy optimista.

Coordinador

Quiero felicitar a los panelistas, y especialmente al Ministro transmitirle el orgullo que sienten todos los socios de la AES no sólo de que esté ocupando el cargo de Ministro Nacional, sino de cómo lo está desempeñando. Y agradecerle el esfuerzo inmenso que tuvo que hacer para venirse hoy para estar con nosotros y decirle que no se preocupe, que aunque no esté en la lista de vocales todos sentimos que sigue siendo Presidente de la Asociación.
