Edición especial

Año 2 · Septiembre 2018 · Revista de salud

revistasoberaniasanitaria.com.ar

¿soberanía sanitaria?

LA DESTRUCCIÓN DEL ESTADO Y DE LA SALUD COMO DERECHO

Muchas y muchos de ustedes, estimadas y estimados lectores, recordarán la tapa del número 3 de esta revista. En aquella oportunidad quisimos reflejar simbólicamente el progresivo resquebrajamiento que viene aquejando a nuestro sistema de salud hace casi tres años. Algunos miembros de la revista pensaron que la imagen podía ser un tanto tremendista. Poco nos imaginábamos entonces que nuestros peores presagios podían llegar a ser demasiado tímidos.

Hoy nos encontramos frente a la drástica decisión -nunca antes llevada a cabo durante un gobierno democrático- de desjerarquizar al Ministerio de Salud de la Nación. Más allá del enfoque simbólico o administrativo, lo que se esconde inmediatamente detrás es un ajuste sin precedentes en las políticas de salud. La crisis generada, siempre presentada como el único camino posible, es la excusa utilizada para destruir gran parte del Estado, para generar el necesario "clima de negocios".

Este número especial, entre la edición del número 4 y 5 habitual de la Revista Soberanía Sanitaria, reúne varias de las más significativas voces del ámbito de la salud, para analizar en conjunto las implicancias que tendrá este triste capítulo en la calidad de vida de toda la población.

Es ahora, cuando el horizonte de soberanía sanitaria al que aspiramos se aleja tanto que parece disolverse, que debemos redoblar nuestros esfuerzos y organizarnos como colectivo de salud, convocando a toda la comunidad, a lo largo y a lo ancho de todo el país. **Fue la voluntad política del entonces presidente Juan D. Perón poner en valor el derecho a la salud del pueblo con la creación del Ministerio de Salud en 1949. Es la voluntad política del actual gobierno arrebatárnoslo. Es la nuestra defenderlo.**

Nicolás Kreplak, Dirección Editorial Revista Soberanía Sanitaria

Daniel Gollan Dirección General Revista Soberanía Sanitaria

& Jorge Hoffmann Secretario General ATE CDP Santa Fe

Revista SOBERANÍA SANITARIA

revistasoberaniasanitaria.com.ar contacto@revistasoberaniasanitaria.com.ar San Martín 448, PB A, CABA - CP 1004AAJ | **Dirección General** Daniel Gollan **Dirección Editorial** Nicolás Kreplak **Edición** María Victoria Anadón **Coordinación** Salvador Giorgi **Consejo Editorial** Jorge Hoffmann, José Carlos Escudero, Enio Garcia, Silvia González, Jorge Kohen, Jorge Rachid, Mario Rovere **Consejo Directivo Provincial ATE Santa Fe** Jorge A. Hoffmann, Ricardo M. Delfor, Adolfo Avallone, María Eugenia Flores, Mario S. Tirelli, Alejandro Esquivel, Elsa L. Splendiani, Darío H. Galarza, Diego G. Vandembergher, Carlos Meloni, Analía Puntillo, Patricia M. Rudel, Marcelo R. Martini, Mónica Ghiglia | **Coordinadores del número** Enio Garcia y Nicolás Kreplak **Colaboradores** Andrea Paz, Carlota Ramírez, Ligia Bahía, María José Luzuriaga, Juan Herrmann, Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar, Leticia Ceriani, Sabrina Balaña, Federico Kaski, Adriana Clemente, Natalia Luxardo, Instituto Gino Germani, Giglio Prado, Juan Canella, María Gabriela Etienot | **Redacción** Martín Miño **Corrección** Melina Maira, Luz Osman **Diseño y diagramación** Matías Bastino, María de los Ángeles Pérez Soto **Fotografía** Fernando López | ISSN 2618-1983. *Los editores no son responsables por las opiniones vertidas por los colaboradores, entrevistados y las notas firmadas.*

Ramón Carillo
Primer ministro
de Salud de la Nación

Fotografía del libro "Dr. Ramón Carrillo- De Santiago del Estero a Belém Do Pará", Editorial Alubar.

sumario

* Click en el título para acceder a la nota

4 **Una desvalorización que comenzó en 2016**
Por Daniel Gollan

8 **Significado y sentido de un Ministerio de Salud** - Por Mario Rovere

20 **Los derechos sexuales y (no) reproductivos en tiempos neoliberales**
Por Andrea Paz y Carlota Ramírez

26 **Tempestad sanitaria: la salud bajo ataque**
Por Ligia Bahía

32 **La culminación del desarme**
Por la Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar

38 **Resignar la soberanía** - Por Leticia Ceriani, Sabrina Balaña y Federico Kaski

45 **El derecho a la salud, en peligro**
Por Adriana Clemente

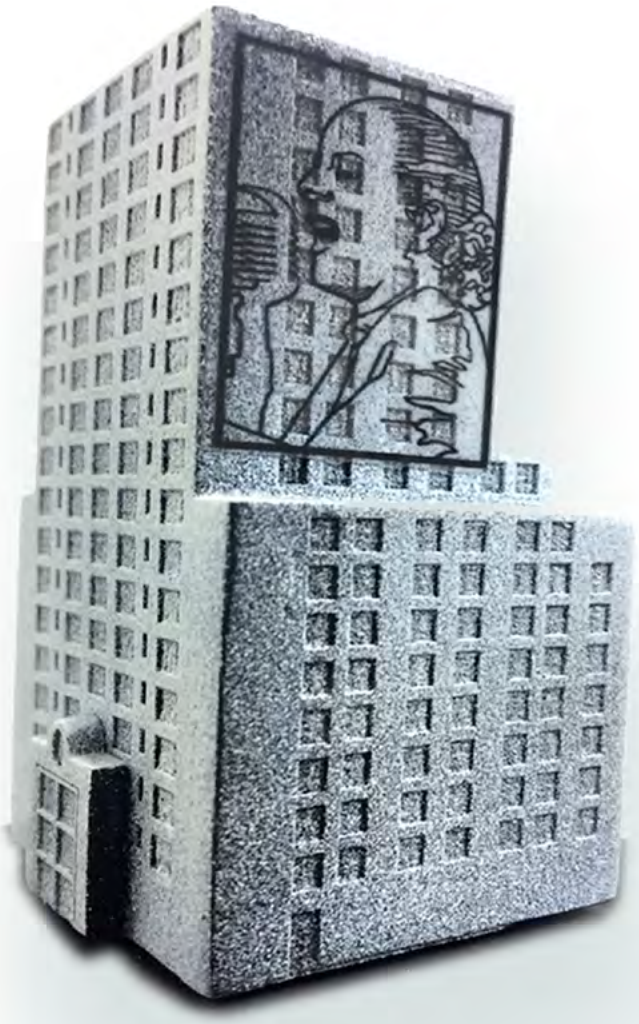
49 **Un profundo signo de desinterés** - Por Instituto de Investigaciones Gino Germani

53 **Las políticas de austeridad**
Por Enio Garcia y Nicolás Kreplak

59 **Todo un símbolo** - Por Juan Ángel Canella y Giglio Salvador Prado

65 **La salud en jaque**
Por María Gabriela Etienot

70 **Salud supranacional y salud nacional** - Por José Carlos Escudero



Una desvalorización que comenzó en 2016

La reducción del Ministerio de Salud a rango de Secretaría se enmarca en una tendencia de retirada del Estado del ámbito público con un consiguiente avance de las lógicas privatistas. Limita la capacidad de los funcionarios en la toma de decisiones y, sumada a un desfinanciamiento ya presente en el sector, impactará en el acceso al derecho a la salud de todos los ciudadanos.

▪ Por Daniel Gollan*

La degradación de la categoría del Ministerio de Salud de la Nación a rango de Secretaría **es la formalización en la estructura gubernamental de una retirada progresiva del Estado Nacional en su obligación de garantizar el acceso equitativo a la salud de todos los ciudadanos y ciudadanas.** Este proceso comenzó con la asunción de Mauricio Macri a la presidencia y debe interpretarse como un objetivo buscado por este gobierno.

Tras tener rango ministerial en 1949, solo en dos oportunidades en la historia lo perdió: en 1955 y en 1966, es decir, durante dos dictaduras militares. Este dato también devela una línea histórica de pensamiento en cuanto a la salud que el actual gobierno comparte con los procesos militares, y es la concepción de esta como un bien de mercado prestado preferentemente por el sector privado, con una escasa participación del Estado, en particular, del Estado nacional. La salud como derecho humano inalienable que debe ser

Click para ir al sumario

garantizado por el Estado está en las antípodas del pensamiento macrista, que sostiene que rol de la Nación debe ser mínimo, recayendo mayor responsabilidad en las provincias.

Bajar a categoría de Secretaría al Ministerio de Salud no es solo un cuestión formal, sino que va acompañada de más ajustes en su presupuesto. **Ya se había anunciado otro recorte de 9.000 millones de pesos para vacunas y medicamentos,** lo cual llevó a renunciar al responsable de la Dirección de SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis porque no iba a poder sostener la provisión de medicamentos y reactivos de las 67.000 personas que abarca. Lo mismo pasa ya (y se seguirá profundizando) con los recortes presupuestarios en los programas de enfermedades oncológicas (Banco Nacional de Drogas desabastecido), las de transmisión sexual (aumento dramático de la sífilis congénita y VIH/Sida), las transmitidas por vectores (dengue, chikunguña y zica), y las prevenibles por vacunas (se suspendieron dosis del esquema nacional).

> *La salud como derecho humano inalienable que debe ser garantizado por el Estado está en las antípodas del pensamiento macrista.*

Todos los programas de salud se encuentran desfinanciados, con deudas enormes a proveedores que cortan servicios y prestaciones y **el panorama se agravará cuando el gobierno central traspase a las provincias la responsabilidad de cubrir esas necesidades** con la promesa de compensar los baches financieros con partidas coparticipables que después nunca llegan.

Ser Secretaría y no Ministerio debilita también el rol de rectoría sobre el sistema nacional de salud que le corresponde a la Nación, como así también en la conducción del Consejo Federal de Salud (COFESA), máximo organismo de articulación de las políticas sanitarias nacionales en el que participan,

Click para ir al sumario

además de Nación, los Ministros de Salud de las provincias. También socava la participación argentina en organismos internacionales y regionales específicos de la salud.

Quienes conocen la administración del Estado saben la diferencia entre ser Ministro o Secretario a la hora de resolver problemas u obstáculos propios de la gestión cotidiana. Con estos cambios, Salud quedará subsumido bajo la órbita de un enorme Ministerio como es el de Desarrollo Social que conduce Carolina Stanley y al que, a su vez, se sumará la ANSES. En este marco **es imposible pensar que la capacidad de gestión del área de Salud no vaya a menguar** al tener que lidiar dentro de un sistema de decisiones en el que hay tantos elementos en pugna, en el que la capacidad de tomar decisiones importantes dependerá de otra firma y donde los reclamos hacia los niveles superiores se mediatizarán.

> *Ser Secretaría y no Ministerio debilita también el rol de rectoría sobre el sistema nacional de salud que le corresponde a la Nación, como así también en la conducción del Consejo Federal de Salud (COFESA).*

En el esquema actual, la nación seguirá transfiriendo a las provincias cada vez más responsabilidades en el ámbito de la salud pero sin los presupuestos correspondientes, se perderá poder de compra centralizado, pagándose muchos insumos más caros, **se desarticulará y fragmentará aún más el sistema de salud y el resultado será que cada vez más gente verá disminuido su acceso a la salud.** Es hora de que paremos este despropósito. Está en nosotros, los argentinos, que así sea.

* Daniel Gollan es médico sanitarista y ex ministro de Salud de la Nación. Coordina el área Salud del Instituto Patria.

Click para ir al sumario

Significado y sentido de un Ministerio de Salud

La existencia del Ministerio de Salud en Argentina tiene una relevancia histórica indiscutible. Reducirlo comportará grandes consecuencias en la calidad de la salud recibida por la población y riesgos a nivel de salud internacional.

▪ Por Mario Rovere*

La noticia recorre el mundo, se reciben llamados desde el exterior preguntando cómo sucedió esto. **La comunidad sanitaria internacional no consigue entender la desaparición del Ministerio de Salud en la Argentina.**

A nivel nacional, **no se recuerdan muchos antecedentes de una declaración plenaria de los Ministros de Salud de las provincias argentinas alertando sobre una posible política del gobierno nacional, pero el pasado 2 de septiembre ocurrió:** *"eliminar el Ministerio de Salud de la Nación como tal y darle un rango inferior al mismo constituiría un retroceso institucional significativo en la ejecución de los planes, programas y proyectos del área para atender a la población, en especial a los más vulnerables"*. El comunicado concluye: *"No existe la posibilidad de coordinación, articulación y complementación del sistema de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial o municipal, de la seguridad social, y del sector privado, sin que exista*

Click para ir al sumario

un Ministerio de Salud a nivel Nacional que se alce como el Rector de las políticas esenciales del sector".

La degradación del Ministerio de Salud no es un hecho aislado, sino más bien la culminación de un proceso de desmantelamiento que comenzó el diez de diciembre de 2015 -y que continuará en tanto se mantenga este proyecto político- que incluye la derogación del decreto de creación de la Escuela de Gobierno en Salud, la discontinuidad de su programa de educación permanente con cientos de alumnos cursando en diferentes posgrados, el congelamiento de la agencia coordinadora de laboratorios públicos de medicamentos (ANLAP), y el desmantelamiento o minimización de los programas de salud sexual y reproductiva, de Médicos Comunitarios y del REMEDIAR, entre otros.

El importante presupuesto 2016 del Ministerio de Salud, definido el año anterior, **fue licuado por la marcada subejecución presupuestaria, a pesar de atravesar la epidemia de dengue más importante de la historia argentina,** y fue el argumento utilizado luego para una importante reducción en valores reales de los presupuestos 2017 y 2018.

> ***La presencia de Nación en programas preventivo-promocionales ha permitido logros sanitarios, arrinconando las enfermedades inmunoprevenibles, alcanzando las metas en mortalidad materna y bajando la mortalidad infantil por primera vez a un dígito.***

Las y los ministros provinciales, y ni hablar los responsables municipales de salud, venían reclamando por el desmantelamiento sin costos políticos aparentes, en el contexto de un blindaje mediático y de un manejo extorsivo sobre los gobernadores que permitía ocultar muchas falencias de este ministerio, rankeado entre los peores de la gestión.

Click para ir al sumario

El ensañamiento con el Hospital Nacional Dr. Posadas, una institución de altísima relevancia en el área metropolitana, sobre el cual se habían realizado importantísimas ampliaciones y mejoras edilicias, puso en alerta a todo su personal. Este emblemático hospital cayó en manos de un equipo de yuppies liquidadores de empresas, que durante tres años instalaron un clima de terrorismo laboral, ignorando el funcionamiento hospitalario y las necesidades de los pacientes. Se realizaron rescisiones de contratos, "recortes de personal" y jubilaciones anticipadas, sumando más de mil trabajadores de todas las categorías profesionales, **sin tomar en cuenta la continuidad de servicios, algunos únicos en el sector público. Entre otros, los servicios de terapia intensiva de adultos y de niños y cuidados paliativos fueron dañados en su funcionamiento o simplemente cerrados.**

El mensaje de hundir y desguazar al Hospital Posadas, nave insignia del gobierno nacional, **ha sido también un mensaje hacia afuera, poniendo en peligro a los hospitales que Nación cofinancia por el sistema SAMIC, como el Hospital Garrahan,** en donde se ha aplicado la misma estrategia de terrorismo laboral ensayada en el Posadas o el Hospital en Red de El Cruce, en Florencio Varela. En la misma línea se encuentra la negativa a cofinanciar los nuevos hospitales del bicentenario, la inversión en infraestructura pública de salud más importante desde la gestión Carrillo: estas obras terminadas o muy avanzadas de hospitales ubicados en lugares estratégicos, para saldar la deuda sanitaria en el área metropolitana y en el interior del país, no se han puesto en funcionamiento. **No se trata de "ahorros presupuestarios", sino de una política de gestos que es leída por las jurisdicciones del mismo signo político como un guiño para intentar osadas reingenierías de la infraestructura hospitalaria pública bajo su responsabilidad.**

Es cierto que el presupuesto del Ministerio de Salud Nacional aún no había alcanzado a compensar todas las inequidades territoriales en salud de un país como la Argentina, con enormes diferencias económicas entre provincias y al interior de cada una, pero la presencia de Nación en programas preventivo-promocionales había permitido logros sanitarios, arrinconando las enfermedades inmunoprevenibles, alcanzando las metas de los Objetivos del

Click para ir al sumario

Milenio en mortalidad materna y bajando la mortalidad infantil por primera vez a un dígito, es decir por debajo de diez por mil nacidos vivos.

El repliegue de estos logros es imperdonable y lo expresan las discontinuidades de provisión en programas de VIH/SIDA, tuberculosis, el programa ampliado de inmunizaciones, salud sexual y reproductiva, entre otros, lo que se disimula con inversiones en las provincias y municipios con más recursos propios, pero que finalmente se traduce en abandonos sanitarios en las jurisdicciones y gobiernos locales que no pueden afrontarlo.

En la escena internacional, Argentina ha liderado **la destrucción de la UNASUR que tenía entre sus áreas más dinámicas justamente a la salud.** De esta forma se debilita la capacidad de establecer estrategias conjuntas en temas tan sensibles como medicamentos, escudo epidemiológico, recursos humanos, investigación y financiamiento.

Apelar a la historia para entender los significados

Cuando se conoció la noticia de la degradación del rango ministerial de la salud, se difundieron muy rápidamente los dos casos precedentes en los que un gobierno decidió tomar una medida similar reduciendo o cuasi eliminando la presencia de salud en el gabinete nacional. Se trata de los casos de la autodenominada "revolución libertadora" en 1955 y de la autodenominada "revolución argentina" (1966). **Ambos casos golpes militares se caracterizaron por políticas económicas neoliberales,** que por aquella época solo podían aplicarse rompiendo el orden institucional, **grandes figuras ministeriales perseguidas y maltratadas** (Ramón Carrillo y Arturo Oñativia), **medidas favorecedoras de la privatización** de la atención de la salud **y rápido resarcimiento a los laboratorios farmacéuticos victimizados en los gobiernos democráticos precedentes por "excesos de regulación".**

Lo acontecido en 1956/57 es muy ilustrativo y aún permanece en el recuerdo de la población argentina. No contento con la degradación del Ministerio

Click para ir al sumario

a Secretaría ejecutado por Lonardi, Aramburu desmantela el Ministerio apoyándose en consultores internacionales que lo convencen de que la mejor manera de conjurar para siempre la posibilidad de un sistema integral de salud como los que venían consolidándose en Inglaterra o en Chile era -según consta en el denominado informe Pedrozo- aprovechar el vacío legal que había surgido de la derogación de la Constitución de 1949 para *"federalizar, municipalizar y cuando fuera posible privatizar el sistema de salud pública de la Argentina"*.[1]

Muy pronto **el propio Aramburu pagaría las consecuencias al tener que enfrentar sin Ministerio de Salud la epidemia de poliomielitis más importante de la historia contemporánea,** con más de 7000 casos y una tasa de mortalidad del 10%. Una epidemia que al afectar amplios sectores de la población hizo imposible el blindaje mediático que por aquella época ya estaba en plena vigencia. En un intento de disimular la falta de autoridad sanitaria, el propio Aramburu visitó el Hospital Muñiz enfundado en un guardapolvo blanco.

Una década después, el gobierno de Onganía repetiría la hazaña degradando el Ministerio de Salud Pública reestablecido por el presidente Arturo Frondizi. Si bien debido al prestigio del ex ministro Oñativia y la permanencia de parte de su equipo se llegó a señalar que la política de salud sería una simple continuidad, **en poco tiempo se percibió la desregulación del mercado de medicamentos que había sido uno de los ejes de trabajo y probablemente una de las políticas que desestabilizó al gobierno de Illia,** dejando desde entonces la sospecha sobre el rol de los laboratorios farmacéuticos en el financiamiento del golpe militar.

Los otros ejes del gobierno de Onganía, inspirado en su pertenencia al Opus Dei, que por entonces tenía una fuerte influencia sobre el gobierno de Franco en España, fue **la destrucción de las políticas de ciencia y tecnología y el ataque frontal a la autonomía universitaria que desencadenó la emigración de científicos más importante de la historia argentina** y la fundación de un mecanismo de cooptación sindical que se plasma en el sistema de Obras

Click para ir al sumario

Sociales y funciona hasta nuestros días. Ya entonces el denominado INOS y sus derivaciones institucionales, hoy conocidas como Superintendencia de Servicios de Salud, se constituyeron como un ministerio paralelo.

En busca de sentidos o ¿para qué necesitamos un Ministerio de Salud?

Las epidemias y los problemas hipercomplejos de salud no son cosas del pasado; hoy nuevos o renovados problemas ponen en serio riesgo la salud de nuestros pueblos y los gobiernos han sostenido y sostienen puertas adentro y afuera importantes vínculos, sostienen organismos internacionales especializados en épocas en que los riesgos se multiplican.

La globalización ha traído consigo un incremento de los intercambios humanos a una velocidad y a una escala nunca antes vista. En marzo del 2003, una enfermedad poco conocida que produce un síndrome respiratorio agudo severo (SARS por sus siglas en inglés), se detectó en los servicios de salud de Hong Kong y de Vietnam y a la semana ya estaba generando casos -algunos mortales- en Singapur y en Toronto. Luego de la aparición del SARS ya en el 2003 la OMS decía: *"Durante los dos últimos decenios han aparecido enfermedades nuevas a un ritmo sin precedentes de una por año, y esta tendencia seguramente proseguirá. La llegada repentina y mortal del SARS al ámbito de la salud mundial a comienzos de 2003 quizás haya sido en algunos aspectos la más dramática. Su contención rápida es uno de los mayores logros de la salud pública de los últimos años. Pero es oportuno preguntar en qué medida se debió ello a la buena suerte, aunada a la ciencia. ¿Cuánto nos hemos aproximado a un desastre sanitario internacional? ¿Qué fue lo que inclinó el fiel de la balanza? La respuesta internacional al SARS servirá de modelo para las futuras estrategias de lucha contra epidemias infecciosas".*[2]

Solo un gobierno que siente innecesario contar con un Ministerio de Salud puede tomar una decisión de esta magnitud; **esa confianza proviene del desconocimiento absoluto sobre el momento sanitario que atraviesa la**

humanidad y sobre los riesgos actuales y potenciales que sobrevuelan la población mundial, conocidos como las epidemias del siglo XXI.

> *La asociación entre longevidad y pobreza puede incidir selectivamente en los servicios públicos de salud sin poder apelar a estrategias que vienen funcionando razonablemente en familias mejor equipadas socioeconómicamente.*

El escenario demográfico-epidemiológico, el de riesgos ambientales y el de financiamiento pueden ayudar a configurar los escenarios sanitarios para los que la mayoría de países se preparen sosteniendo sus equipos técnicos formados y actualizados por décadas.

El aumento de la longevidad no es un fenómeno nuevo para la Argentina y se espera, en los próximos años a nivel nacional y mundial, un significativo incremento de población longeva en sectores de bajos ingresos, en lugares y sectores sociales del país diferentes. En otras palabras, la asociación entre longevidad y pobreza puede incidir selectivamente en los servicios públicos de salud sin poder apelar a estrategias que vienen funcionando razonablemente en familias mejor equipadas socioeconómicamente. **Las provincias y municipios con menores recursos no están preparadas para absorber esta problemática y menos aún si el PAMI se redefine a la baja en sus prestaciones** y no desarrolla estrategias integrales para la problemática sociosanitaria en cobertura de ancianos solos, o en familias de muy bajos ingresos.

El incremento exponencial de enfermedades crónicas se vincula pero no es simplemente la consecuencia del incremento de la longevidad. Están aumentando las enfermedades crónicas tanto en la infancia como en la adultez, en parte como consecuencia del éxito de la medicina en lograr

Click para ir al sumario

cronificar enfermedades que antes eran letales como en el caso del VIH/SIDA. Enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal, discapacidades y trasplantados expanden su prevalencia generando nuevos fenómenos sanitarios que cambian la relación equipo de salud- paciente, y provocan ciudadanías especiales que pueden implicar incidencias en otros sectores como alimentos, comercialización, transporte, etc. Existen fuertes indicios de que **los laboratorios farmacéuticos no solo han descubierto oportunidades en el aumento de las enfermedades crónicas,** producto de la fidelización a determinadas marcas, sino que **han cambiado el eje de sus investigaciones poniendo más énfasis en productos que morigeran síntomas y refuerzan la cronicidad, que en medicamentos que curan.**

Las enfermedades infectocontagiosas del pasado vuelven a ser una pesadilla del futuro. La reducción del celo en medidas preventivo-promocionales, el uso y abuso de antibióticos para uso humano o para engorde de animales de consumo, la utilización masiva de agroquímicos, los movimientos antivacunas, sistemas de abastecimiento de escala nunca antes vista o la propia globalización con el transporte mundial de mercaderías y personas, son algunas de las explicaciones para esta paradoja.

Así, hoy tomamos con naturalidad que el descubrimiento de una bacteria (listeria), que contaminó legumbres y hortalizas en Hungría, obligue a remover productos congelados en las heladeras de supermercados de Córdoba, que los viajeros provenientes o regresando de Europa puedan haber contraído sarampión (41.000 casos). Así, un nombre del pasado como difteria remite ahora a un brote que se sostiene desde el 2016 en Colombia, Haití y Venezuela; el cólera se expande sin control en Yemen con más de 120.000 casos pero llegó a Argelia, hoy tiene un avión cuarentenado en Francia y el Ministerio de Salud de Chile confirmó en agosto un brote en la Región Metropolitana.

Con la fiebre amarilla, las curvas epidémicas de Brasil muestran un crecimiento de casos y de defunciones comparando el período anual julio 2016/julio 2017 respecto del mismo período julio 2017/julio 2018, pero como consecuencias de las políticas macroeconómicas de Brasil, **el Sistema Único de Salud se**

Click para ir al sumario

encuentra con menos recursos para enfrentar esta epidemia que puede en cualquier momento saltar del ciclo selvático o silvestre a un ciclo urbano.

La **tuberculosis,** una enfermedad milenaria afortunadamente controlada, **entra nuevamente en zona de preocupación por el surgimiento de resistencia a los antibióticos conocidos,** atribuido a una simbiosis con el VIH y a tratamientos incompletos. La OMS lanzó un ambicioso proyecto de control y erradicación que requerirá de estrategias mucho más sofisticadas y costosas que en el pasado.

La **sífilis congénita** reaparece cuando había sido una enfermedad fuertemente reducida como consecuencia de la eficacia de los antibióticos y por el uso masivo de anticonceptivos de barrera (preservativos) sostenido en el temor al VIH. La consecuencia en el presente es que -tal vez por una menor preocupación por el SIDA, visualizada ahora como una enfermedad "tratable"- **se ha disparado la incidencia de esta enfermedad que puede causar muerte fetal o graves lesiones en recién nacidos.**

En referencia a los riesgos ambientales podemos comenzar diciendo que el cambio climático, de indudable origen antropogénico, produce múltiples efectos sobre la salud. Algunos directos como el caso de víctimas de fenómenos climáticos extremos, e indirectos tales como alteración en la producción de alimentos, proliferación de vectores, etc. Los sistemas de salud requieren prepararse en todo el mundo para fenómenos extremos cada vez más frecuentes y estudiar con mayor detenimiento las consecuencias para la salud para añadir evidencias para la toma de decisiones políticas nacionales e internacionales al respecto.

Otros aspectos ambientales más específicos en el país tienen que ver con el uso de un volumen de glifosato de doscientos millones de litros equivalente a que cada argentino vertiera cinco litros a la tierra por año. Se viene acumulando el número de países que están tomando medidas restrictivas sobre el uso de este producto. Asociado a este o a múltiples explicaciones en una comparación mundial, **Argentina aparece como uno de los países con mayor incidencia ajustada por edad y sexo de cáncer en todas sus formas.**[3]

Click para ir al sumario

Exploremos finalmente los problemas de financiamiento. **El mercado de la salud, o lo que se denomina Complejo Médico Industrial, configura el sector de la economía con mayores tasas de ganancia según su performance en los últimos cincuenta años.** Los mecanismos de aseguramiento privado y público, combinado con una industria farmacéutica con tasas de rentabilidad superiores a la de cualquier otro sector y un importante ámbito de innovación tecnológica, han hecho del sector salud el componente más inflacionario de la economía de los países centrales, especialmente de los Estados Unidos en donde salud se apropia de poco más del 16 % del Producto Bruto.

> *El momento de degradación del Ministerio de Salud no podría ser más imprudente e inoportuno dado el desafío que la salud global advierte sobre las epidemias del siglo XXI.*

Para países de desarrollo medio como la Argentina, la responsabilidad y el desafío resultan mayúsculos ya que se trata de uno de los casos extremos en los que la falta de regulación del Estado deriva en costos insostenibles. **No tiene que ver con la configuración de agencias u otros mecanismos de evaluación de tecnologías para reducir obligaciones y bajar responsabilidades del PMO; se trata de consolidar una política integral para enfrentar manejos y operaciones económicas que resultan facilitadas cuando el subsector público se encuentra fragmentado.**

Conclusiones

Como hemos visto **la degradación del Ministerio de Salud de la Nación representa un gesto político inadecuado, resultado de una concepción equivocada del Estado y de la sociedad, pero consistente con un conjunto**

Click para ir al sumario

de medidas que venían anticipando el desinterés del gobierno nacional en cumplir sus obligaciones constitucionales para garantizar el derecho a la salud de la población, dado que la vigilancia y el rol compensador de las inequidades sociales y geográficas en salud es su responsabilidad indelegable. Los antecedentes de medidas de esta naturaleza muestran cómo y cuándo ha sucedido con anterioridad. Se trataba de gobiernos autoritarios instalados por golpes militares, de políticas económicas neoliberales, minimizando la función de salud pública en formas que resultaron funcionales a la privatización de la salud (filantropía en el caso de Aramburu, seguridad social comprando servicios privados, Onganía).

El momento de degradación del Ministerio de Salud no podría ser más imprudente e inoportuno dado el desafío que la salud global advierte sobre las epidemias del siglo XXI y atendiendo el imprescindible rol compensador que salud debe desarrollar, muy especialmente en momentos en que **una injuria programada sobre el tejido social y sobre el nivel de ingresos de la población, solo puede traer aparejado un incremento de los problemas de salud.**

Por todo ello, la movilización popular, no solo contra la degradación del Ministerio sino para cambiar los ejes de las políticas sociales, económicas y sanitarias, parece **la única salida posible frente a un gobierno indiferente** a las necesidades de su población para construir ciudadanía ■

* Mario Rovere es médico pediatra y sanitarista, y coordinador general de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). También dirige la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario (UNR).

---

[1] Informe Pedrozo en Veronelli Juan Carlos y Testa Analía editores "La OPS en la Argentina; Crónica de una Relación Centenaria" pp80-81)

[2] Organización Mundial de la Salud. The World Health Report. Informe SARS Cap 5. Disponible en http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter5-es.pdf

[3] Un gráfico de la página expectativa de vida (http://www.worldlifeexpectancy.com) resulta más que ilustrativo al colocar en color rojo los países con la máxima incidencia de nuevos casos.

Click para ir al sumario

Capital Federal
La Nación

Los derechos sexuales y (no) reproductivos en tiempos neoliberales

La desjerarquización del Ministerio de Salud golpea de lleno en las políticas de salud sexual. La lucha por el aborto marca un camino para seguir defendiendo los derechos de quienes gestan y de todxs aquellxs a quienes el Estado debe garantizar un acceso a la salud sexual y reproductiva.

▪ Por Andrea Paz y Carlota Ramírez*

Las mujeres y colectivas feministas organizadas estuvimos durante más de dos meses ocupando el espacio público, militando y debatiendo acerca de la necesidad de legalizar el aborto para garantizar así los derechos sexuales y (no) reproductivos. El derecho a interrumpir un embarazo se comenzó a discutir en las calles y en las casas, **las mujeres junto a otros colectivos aliados construimos argumentos sanitarios, jurídicos, científicos, sociales y políticos que demostraron con claridad y precisión la urgente necesidad de terminar con el aborto clandestino.**

Con la misma convicción con la que dijimos que la legalización del aborto es indispensable para mejorar la calidad de nuestra democracia y acceder al reconocimiento como ciudadanas plenas, **afirmamos en todos los foros,**

Click para ir al sumario

rondas y debates que la promulgación de la ley era un paso imprescindible pero insuficiente. Para que la interrupción del embarazo se conviertiera en un derecho de todas las mujeres y personas con capacidad de gestar **era necesario un Estado presente con políticas públicas sanitarias activas que garanticen el acceso equitativo a la salud.** Lamentablemente, no obtuvimos la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y desde el martes tampoco tenemos Ministerio de Salud de la Nación.

El Senado de la Nación, desoyendo el reclamo de la sociedad argentina, rechazó el proyecto que tenía media sanción de la Cámara de Diputados. **Si la ley de interrupción voluntaria del embarazo no se aprobó fue porque los dispositivos de poder dominantes reaccionaron enérgicamente en contra de un núcleo nodal del proyecto:** la interrupción iba a ser voluntaria, la decisión iba a ser nuestra, y, finalmente, **las relaciones de poder que organizan el campo de la salud con una lógica jerárquica y heteronormativa se verían alteradas.**

> *La expresión de desigualdad social y de género es un eje estructural de nuestra sociedad, no su consecuencia no deseada.*

La inclusión de la problemática del aborto en la agenda pública por la acción militante del movimiento de mujeres organizadas y el feminismo demostró que la penalización del aborto, en cualquiera de sus modalidades, no solo no desalienta a las personas a interrumpir un embarazo sino que profundiza las inequidades en salud: **las personas pobres con capacidad de gestar son quienes tienen más probabilidades de morir y quienes presentan mayores complicaciones durante el embarazo.** Esta expresión de desigualdad social y de género es un eje estructural de nuestra sociedad, no su consecuencia no deseada. Sin un Estado que intervenga con políticas

Click para ir al sumario

públicas activas para reducir dichas desigualdades, estas no solo no desaparecen ni se reducen, sino que se profundizan.

> *Más lejos estamos aún de acceder a anticoncepción segura en todo el territorio nacional si el Ministerio de Salud, autoridad rectora en la materia, se desjerarquiza y desaparece como tal.*

Los opositores a la ley IVE, afines a los poderes concentrados, levantaron durante el debate una de nuestras banderas: las personas necesitan más educación sexual y más acceso a anticonceptivos. Sin embargo, estamos lejos de tener acceso a una educación sexual integral (ESI) si el Programa que lleva su nombre se viene desarmando desde el inicio del gobierno actual. No podrán nuestros niñes y jóvenes acceder a ese derecho si la ESI queda librada al posicionamiento de cada uno de los colegios, directivos y docentes del país. Más lejos estamos aún de acceder a anticoncepción segura en todo el territorio nacional si el Ministerio de Salud, autoridad rectora en la materia, se desjerarquiza y desaparece como tal. El acceso a información, servicios e insumos, que ya ha sido afectado por la provisión discontinua de preservativos, métodos anticonceptivos y misoprostol, se verá aún más limitado, consolidando el derecho a decidir como un privilegio de los sectores con mayor poder adquisitivo.

El ajuste en el área sanitaria impactará de manera negativa en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, en la prevención de embarazos no deseados, en el cumplimiento de las interrupciones legales del embarazo, en los cuidados recomendados en los procesos de embarazo y parto, en los tratamientos de fertilidad asistida, así como en los insumos y recursos necesarios para dar cumplimiento a la Ley de identidad de género y a la Ley de parto respetado, entre otros derechos.

Click para ir al sumario

Sin un ministerio nacional que cuente con decisión política, con trabajadoras, trabajadores y recursos financieros necesarios, no existirán políticas públicas dirigidas a reducir las inequidades en salud sino apenas un paquete de prestaciones básicas orientadas a paliar la situación de extrema vulnerabilidad de los sectores más excluidos. El órgano nacional se convierte así en una especie de bombero sanitario. Su ausencia lleva inevitablemente a un aumento de las desigualdades entre las provincias como también de las desigualdades sociales y de género al interior de cada uno de los territorios. Jurisdicciones como la Ciudad de Buenos aires, Córdoba y Santa Fe tendrán mayor capacidad de llenar los agujeros presupuestarios y de programas que dejará Nación, mientras que las regiones del NEA y NOA se verán más afectadas por la ausencia del Ministerio Nacional.

La desjerarquización del área de salud propuesta por el gobierno nacional va de la mano de la destrucción de la educación pública y del desarrollo nacional de la ciencia y la tecnología. Medidas todas que tendrán un impacto negativo en la salud de la población y en consecuencia una sobrecarga de las tareas de cuidado en las mujeres y niñas. Cuando el Estado retira sus políticas de integración y cuidado, esas tareas recaen principalmente sobre nosotras. Nuestra igualdad de oportunidades se verá aún más obstaculizada. Nuestra soberanía sanitaria reducida a un estado colonial.

Jurisdicciones como la Ciudad de Buenos aires, Córdoba y Santa Fe tendrán mayor capacidad de llenar los agujeros presupuestarios y de programas que dejará Nación, mientras que las regiones del NEA y NOA se verán más afectadas por la ausencia del Ministerio Nacional.

El campo de la salud es un campo en disputa acerca de quién define qué problemas, qué presupuesto y qué acciones tomar. Sin embargo, y a pesar

Click para ir al sumario

del crecimiento de la red de organizaciones feministas y populares que expresan una demanda por mayor igualdad social y de género, el Estado reduce su intervención y rectoría en materia sanitaria, dejando al pueblo, a las mujeres y a los sectores más afectados por la crisis económica en una situaciónde abandono y exclusión social.

> *Es imprescindible organizarse para construir poder y disputarlo a quienes pretenden despojarnos nuestra soberanía y la posibilidad de construir la sociedad equitativa y diversa que deseamos.*

El gobierno nacional destruye la estructura del Estado y deja así a las mujeres, adolescentes y niñes pobres de nuestro país a la intemperie. Una intemperie que en materia sanitaria significa mayor muerte y enfermedad, y una mayor desigualdad de acceso a la salud que se profundiza sin límites. Para las mujeres y las niñas el impacto será aún mayor en la medida que no solo significa un menor acceso a salud sino también un traslado de las tareas de cuidado del Estado hacia ellas, lo que cercena aún más la autonomía sobre nuestros proyectos de vida y profundiza la desigualdad de género ya existente.

Ante este abandono es necesario fortalecer las organizaciones locales y globales y promover redes para el cuidado colectivo de la otra, del otre. Pero por sobre todo es imprescindible organizarse para construir poder y disputarlo a quienes pretenden despojarnos nuestra soberanía y la posibilidad de construir la sociedad equitativa y diversa que deseamos. Queremos un Estado presente, que nos represente a todes, que amplíe derechos para que nadie quede afuera y que tenga la estructura, los recursos y los mecanismos para garantizarlos.

* Ronderas feministas del Equipo de Salud y Género de la Fundación Soberanía Sanitaria.

Click para ir al sumario

Sin Ministerio
de Salud no hay
anticonceptivos
ATE
SALUD

Tempestad sanitaria: la salud bajo ataque

Los sistemas universales de salud actualmente están siendo cuestionados. Las tendencias privatistas y conservadoras avanzan no solo en América Latina sino también en Europa y Estados Unidos, mercantilizando todo un campo que supo ser pensado como un derecho universal.

▪ Por Ligia Bahía*. Traducción al castellano por María José Luzuriaga.

La conmemoración de los setenta años del sistema nacional de salud inglés (NHS), creado en 1948, ha sido marcada por polémicas que llegan a América Latina atrasadas y distorsionadas. **El centro de gravedad del debate internacional es la sustentabilidad de los sistemas públicos de países de ingresos altos en tiempos de innovaciones terapéuticas y crisis económica.** El interrogante se concentra en torno a los límites de la distribución, la naturaleza y la carga de los impuestos necesarios para financiar el acceso universal, para tratamientos muy caros inclusive. Hay consenso sobre la necesidad de aumentar la financiación. Congresistas ingleses usan el símbolo del NHS en la solapa y la conservadora Theresa May ha anunciado un aporte de otros 20.000 millones de libras esterlinas por año hasta el 2023.

En Argentina y Brasil, flotan en el aire acepciones ideológicas sobre las virtudes del mercado para asignar eficientemente los recursos para la atención de la salud. Se sugiere que la atención de la salud es también una

Click para ir al sumario

mercancía, como si eso fuera novedad y no obviedad. Tal como en otros mercados, para un precio dado, la oferta puede aumentar o disminuir y las innovaciones tecnológicas tienden a desplazar la curva hacia la derecha, aunque es importante resaltar casos de enfermedades para los cuales el aumento de la asistencia y costos será inocuo. Ocurre que no fue así que las sociedades occidentales organizaron sus instituciones. En la mayoría de las naciones, la salud, junto con otras áreas de lo social, compone un espacio "desmercantilizado." Una mercancía, para ser adquirida, requiere de ingresos y depende del precio. **Las acciones de salud tienen costos pero, cuando son social, política y moralmente mediadas, no son mercancías.**

La oferta pública de servicios de salud permite que las personas utilicen tales servicios de acuerdo con sus necesidades y no según su capacidad de pago. En este sentido, **hay dos dimensiones involucradas en las políticas de salud. La primera es normativa e ideológica** y se refiere a la distribución (cuánto y de qué poder, ingreso, riqueza). Igualdad, eficiencia y libertad son fundamentos generales, pero sus pesos varían de acuerdo con distintos posicionamientos. **El segundo enfoque es técnico:** la asignación realizada por el mercado no es cierta o equivocada, buena o mala. De la misma manera, la intervención gubernamental puede ser muy eficiente o no.

Una ambulancia municipal no es mercancía y, si atiende muchos casos, tenderá a ser más eficiente que un vehículo similar restringido al llamado de personas que pueden pagar. Los resultados en términos de mejora de las condiciones de salud serán diferentes si el transporte de pacientes se organiza mediante criterios de gravedad clínica o de mayor capacidad de pago. En el primer caso, la mayoría de la población tendrá derecho a aumentar las posibilidades de supervivencia. Por el contrario, el impacto de las ambulancias privadas en los indicadores poblacionales tenderá a ser inexpresivo. **En sistemas de salud universales, los impuestos distribuyen ingresos a lo largo de la vida de los individuos y no solo entre ricos y pobres.** También sirven como un "pequeño cofre" para sustentar necesidades de salud a lo largo del ciclo de vida, que son mal o nulamente suplidas por el mercado, caracterizado por informaciones asimétricas y elevados costos de transacción.

Click para ir al sumario

Los sistemas universales de países europeos, que inspiraron la formulación del Sistema Único de Salud (SUS), actualmente están siendo cuestionados pero no desmontados. La crisis económica de 2008, las políticas de austeridad y la victoria electoral de coaliciones de centroderecha o derecha en algunos países europeos y en Estados Unidos sacudieron, pero no erosionaron, los cimientos de la concepción de garantía de derecho independiente de la contribución pecuniaria de individuos y familias. **Tal vez la consecuencia más dramática de la reedición de las críticas a los sistemas universales ha sido la adopción de concepciones conservadoras por parte de instituciones políticas y políticos en naciones como Argentina y Brasil, influenciados por agencias como el Banco Mundial.**

> *La acepción de los defensores de la austeridad fiscal, la restricción de los objetivos y el alcance de las políticas de salud es la organización de dos sistemas: uno para los pobres y otro para los que pueden pagar.*

En este sentido, los términos para el debate actual de las políticas de salud han sido impuestos por el Banco Mundial y diseminados en nuestros países por políticos y técnicos que siempre se presentan como pragmáticos y repiten cuatro constataciones. La primera es **que los sistemas de salud universales son exclusivos para países de altos ingresos (olvidan de forma intencionada Costa Rica y Cuba y sus excelentes indicadores de salud).** La segunda constatación es que los países de ingresos medios y bajos tienen gobiernos con capacidades precarias, es decir, con instituciones débiles. La tercera y cuarta constatación están interrelacionadas: la extensión de los servicios privados en países del tercer mundo es significativa y por lo tanto es necesario incluirlos como objeto de la intervención gubernamental para implementar y apoyar planes privados de prepago y así evitar el gasto catastrófico.

Click para ir al sumario

La acepción de los defensores de la austeridad fiscal, la restricción de los objetivos y el alcance de las políticas de salud es la organización de dos sistemas: uno para los pobres y otro para los que pueden pagar. Este ideario fundamenta los cambios en las políticas de salud en Argentina y Brasil, en tanto en ambos países hubo recortes presupuestarios para la salud y desmonte institucional. La extinción del Ministerio de Salud en Argentina y la indicación para cargos técnicos de políticos de la coalición gubernamental que apoyó el golpe en Brasil son estrategias para facilitar una "reforma" privatizadora. En Brasil, la propuesta de "integración" entre lo público y lo privado, influenció políticas gubernamentales y diversas plataformas electorales en 2018. En plena recesión, las empresas de salud privadas, los grupos hospitalarios y las redes de farmacias y droguerías se han beneficiado con exenciones fiscales, créditos y préstamos de bancos oficiales y declaran un aumento de ganancias y patrimonio. Los empresarios brasileños del sector salud entraron en los primeros lugares de los rankings de los multimillonarios internacionales.

> *Las grandes conquistas están relacionadas con políticas universales que se atrevieron a cuestionar patrones conservadores, injustos y discriminatorios de sociabilidad.*

Hemos dejado de debatir y construir alternativas para la mejora de las condiciones de vida y de la salud. **La agenda empresarial desprecia las asociaciones causales entre salud y desigualdad,** propone una cobertura "perfeccionada" pero dudosa en su capacidad de respuesta frente a las epidemias de obesidad, prematuridad, aumento de cánceres, de las tasas de homicidios. De modo simplificado, **tendríamos cobertura y no necesariamente políticas para reducir, controlar, eliminar riesgos o siquiera realizar diagnósticos precoces.**

Salud es mucho más que médico, remedio, hospital y ambulancia. Es trabajo digno, salario mínimo generoso, emancipación y también redes asistenciales. Los pueblos indígenas son quienes se enferman y mueren de forma más precoz. Sin la demarcación de las tierras indígenas, esa brutal y secular injusticia será preservada y reproducida. Agrotóxicos y transgénicos no se refieren solo al "que

Click para ir al sumario

está en nuestra mesa, en mi mesa", sino al apalancamiento del *agrobusiness* y al exterminio de indígenas en pleno siglo XXI. Sabemos que no somos países "ricos", cuando la medida es el PBI o el ingreso, y precisamente por eso necesitamos luchar por derechos sociales universales. Consideramos que ser pobre es destino, que la desigualdad debe ser combatida y reducida. Las grandes conquistas de la mejora social en nuestros países están relacionadas con políticas universales que se atrevieron a cuestionar patrones conservadores, injustos y discriminatorios de sociabilidad.

No conseguiremos controlar ni reducir las violencias o la obesidad bajo el ideario erróneo según el cual los gordos son perezosos, "mal educados" nutricionales y que "bandido bueno es bandido muerto" o la versión "suave" de que es necesario "pacificar" los supuestos espacios poblacionales que combaten entre sí porque habitan en ellos seres irracionales y necesitan que las fuerzas policiales los civilicen. **El sentido (significado y dirección) de políticas universales es el de un proyecto democrático.** La reinterpretación de las fuerzas económicas y políticas conservadoras reduce el sistema de salud en dirección a un convenio entre gobierno y sector privado. Por lo tanto, la ecuación de las políticas públicas para el sector público y para el privado no es trivial, requiere el reconocimiento sobre la existencia de grandes grupos económicos sectoriales y sus movimientos, no solo de concentración de capitales, sino también de influencia en la agenda política. La hipótesis que no podemos abandonar es que el peligro viene de gobiernos fuertes y que quien ha regulado es el "capital", aunque el término puede ser mal empleado de forma intencional. Del mismo modo, **quien está dando las cartas en el sector salud son los grandes grupos económicos privados,** ya que existe un movimiento acelerado de expansión y concentración de capitales en el sector salud. Por lo tanto, la cobertura universal puede ser un buen negocio.

Las narrativas que puedan realmente disputar esta situación no pueden ser leyendas ni discursos laudatorios, sino que deben condensar valores, posicionamientos políticos y, sobre todo, prácticas.

* Ligia Bahía es Doctora en Salud Pública de la Universidad Federal de Río de Janeiro, docente e investigadora. Miembro de la Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Click para ir al sumario

La culminación del desarme

Distante de los principios de integralidad, equidad y la solidaridad que acompañaron la fundación del Ministerio de Salud, el modelo que se ha ido consolidando en los últimos años tiende hacia la profundización de la descentralización, la privatización y la disminución de la responsabilidad del Estado en brindar un servicio de salud pública de calidad. Algunos antecedentes y ejemplos actuales dan la pauta de la situación que se torna cada vez más crítica.

▪ Por la Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMGyF)

La degradación del Ministerio de Salud Pública de la Nación llevada a cabo por el Gobierno nacional en estos días **es un hecho grave y preocupante.**

El sistema de salud de la Argentina es caracterizado como fragmentado y segmentado, y sabido es que esta forma "organizativa" genera desigualdades sociales en la atención de la salud (en la cobertura, inequidades en el acceso y en el proceso de atención), siendo menos eficaz y eficiente para atender los problemas de salud de la población.

Esta situación no es nueva sino que es el resultado de un largo proceso de disputas entre diferentes visiones y proyectos en torno a la salud, las que, a riesgo de simplificar, pueden caracterizarse en dos visiones contrapuestas.

Click para ir al sumario

Por un lado, aquellas que entiende la salud de la población como un derecho y al Estado como el garante. Por el otro, aquellas para las que la salud es un bien privado a ser transado según la lógica del mercado.

> *Desde la creación del Ministerio de Salud de la Nación hasta la actualidad, la tensión entre transferir las responsabilidades a las provincias o fortalecer un sistema nacional de salud, se dirime según el proyecto político gobernante.*

La primera visión exige **un sistema de salud integral, universal y solidario, que promueva la atención y los cuidados de la salud con equidad e integralidad, y que elimine las diversas barreras que puedan surgir** (geográficas, económicas, culturales, organizativas); poco de esto se puede alcanzar sin la presencia del Estado, no solo mediante la provisión de servicios a través de la red pública, sino también como regulador del conjunto. La segunda, por el contrario, precisa de la menor injerencia posible del Estado, ya que implica una desregulación y liberalización para que los actores, en función de su poder, se apropien de los recursos disponibles, donde **el individualismo desplaza a la solidaridad y ya no se trata de atender y proteger a ciudadanos sujetos de derecho, sino a consumidores individuales con diferentes capacidades de pago.**

Si bien dichas visiones no son privativas de los gobiernos (el campo de la salud está integrado por múltiples actores, tales como la academia, el complejo médico industrial, las corporaciones profesionales y sanatoriales, sindicatos, asociaciones de usuarios, etc.), la visión de estos, **según su ideología y el modo de ejercer la función en tanto autoridad sanitaria nacional, es la que marca la direccionalidad del proceso.**

Click para ir al sumario

Es así como desde la creación en 1949 del Ministerio de Salud de la Nación hasta la actualidad, la tensión entre transferir las responsabilidades a las provincias o fortalecer un sistema nacional de salud, se dirime según el proyecto político gobernante. Durante las dictaduras cívico-militares y los gobiernos de corte neoliberal, la tendencia fue, y es, hacia la descentralización (sin transferencias de recursos financieros) de las funciones de salud pública a las provincias y municipios y a favorecer los procesos privatizadores, mientras que los gobiernos progresistas y populares desarrollan proyectos que van en el sentido de asignar más responsabilidad al Estado, en especial al nivel nacional, en lo relativo a reparar las desigualdades entre provincias y en su rol regulador del conjunto.

El actual gobierno, desde que asumió sus funciones en diciembre del 2015, viene mostrando su posición al respecto: un Estado nacional que progresivamente comienza a dejar de lado las responsabilidades sobre la salud de los ciudadanos, cargando sobre estos el control de la situación, y generando condiciones para la privatización de la salud pública.

Ejemplo de lo primero es **el modo en que el Ministerio de Salud abordó en los dos últimos años problemas como el dengue, zika, chikungunya y encefalitis de San Luis, luego del desmantelamiento de la Dirección Nacional de Control de Vectores.** Los mensajes a la ciudadanía dan cuenta de que **la estrategia propuesta para abordarlos carga la total responsabilidad del control de las epidemias en el individuo.** En tal sentido era previsible la aparición de brotes de eventos vectoriales en varias provincias y del posible cambio de estatus epidemiológico para el dengue. De acuerdo a datos del último Boletín Integrado de Vigilancia (N° 420, SE 35 2018), la enfermedad que hasta entonces era epidémica, habría pasado a ser endémica, ya que la circulación del virus en algunas provincias no se interrumpió con el inicio del invierno.

Similar dirección tienen otras decisiones, que implican el incumpliendo de facto de sus responsabilidades, como el cierre progresivo de varios programas nacionales (salud sexual y reproductiva, equipos territoriales

Click para ir al sumario

de salud mental, etc.), el debilitamiento y recorte en la provisión de medicamentos para el primer nivel (medicación básica para enfermedades frecuentes), de la medicación alto costo (oncológicos y biológicos), de la medicación para programas especiales y enfermedades desatendidas (VIH-SIDA, Tuberculosis, Chagas), de vacunas del programa ampliado de inmunizaciones, antirrábicas, y la falta de transferencia de los recursos financieros para los servicios de hemodiálisis.

El proyecto tiende a mercantilizar la atención de la salud, fragmentando y segmentando aún más la población, transfiriendo los recursos públicos a los actores del sector privado y disminuyendo la responsabilidad del Estado en su obligación de garantizar derechos.

Ejemplo de las tendencias privatizadoras es el proyecto de la Cobertura Universal de Salud (CUS). Puesta en vigencia con el Decreto 908/2016, el documento soslaya la cobertura que brinda el subsector público de salud. La referencia más aproximada a este es a través de la frase "personas que carecen de una cobertura pactada", eufemismo para denominar a la población sin obra social o prepaga que cotidianamente se atiende en la red pública de salud (aproximadamente 7.000 establecimientos), que produce desde cuidados básicos a tratamientos complejos y costosos (trasplante, cirugía cardiovascular, etc.), con importantes recursos (el presupuesto invertido en salud por todos los niveles nacional y provincial para 2017 ronda los doscientos veinte mil millones de pesos/año), y donde varios miles de trabajadores y trabajadoras producen prácticas curativas, preventivas y de promoción, tanto "puertas adentro" como en el "territorio", a nivel singular y colectivo. Con respecto al sector de la seguridad social, (las "obras sociales"), el Decreto las menciona indirectamente. Por un lado, para financiar la CUS se recurrirá por única vez a los recursos contenidos en el

Click para ir al sumario

Fondo Solidario de Redistribución ocho mil millones de pesos). Por el otro, la Superintendencia de Seguros de Salud y la CGT, junto con el Ministerio de Salud de la Nación conformarán la Unidad Ejecutora de la CUS. **¿Es prudente poner en igualdad de condiciones a la máxima autoridad nacional en materia de salud con actores que administran los recursos de la seguridad social?**

Paralelamente el gobierno propone crear la Agencia de Evaluación de Tecnologías, que tiene por competencia establecer la canasta básica de prestaciones de la CUS, y que seguramente se transformará en referencia para la seguridad social. Los servicios no incluidos en la canasta deberán ser asumidos por cada ciudadano como gasto de bolsillo. Todo esto lleva a pensar que el proyecto tiende a mercantilizar la atención de la salud, fragmentando y segmentando aún más la población, transfiriendo los recursos públicos a los actores del sector privado y disminuyendo la responsabilidad del Estado en su obligación de garantizar derechos.

Estos antecedentes sumado al actual contexto, donde el Ejecutivo se propone achicar la inversión pública ajustando el gasto fiscal y degradar al Ministerio de Salud mediante el decreto 2018-43594404-APN, vienen a blanquear la situación. **De las treinta y siete funciones asignadas a la nueva cartera solo una remite, y de un modo muy general, a la salud.**

Por todo ello, desde la Asociación Santafesina de Medicina General y Familiar (ASMGyF), sostenemos que la política sanitaria del actual gobierno nacional **es un retroceso brutal para la salud pública,** a quien hacemos responsable por las graves consecuencias que estas generan y generarán sobre la salud de nuestro pueblo. La nación debe compensar las brechas de inequidad que existen entre las provincias y para ello debe fortalecer su rol de rectoría, pero **el contexto neoliberal provoca un retroceso en marcos regulatorios que involucran desde el comercio exterior, la especulación financiera y la fuga sistemática de capitales que desfinancian las políticas públicas estatales, impactando con gravedad en el acceso a un servicio de salud de calidad**

Click para ir al sumario

Sin Ministerio
de Salud no hay
vacunas
ATE
SALUD

Resignar la soberanía

La desaparición del Ministerio de Salud implica la pérdida de su rol de coordinación, regulación, articulación y garante de la equidad en el acceso a la salud entre la nación, las provincias y las poblaciones más vulnerables.

▪ Por Leticia Ceriani, Sabrina Balaña y Federico Kaski*

Un Ministerio de Salud nacional tiene diversas funciones. Por un lado la provisión de insumos fundamentales para la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de enfermedades (vacunas, medicamentos, anticonceptivos, entre otros). Por otro, la elaboración de políticas públicas en salud, que sirven de marco dentro del cual deben desarrollarse los sistemas de salud locales y que garantizan derechos para la población. Finalmente, tiene un rol fundamental como articulador y regulador entre los actores de este campo: obras sociales, prepagas, industria farmacéutica, sociedades científicas, profesionales y usuarios. **Estas funciones hacen del Ministerio de Salud un actor imprescindible para la reducción de las inequidades en salud.**

La conformación del sistema de salud argentino no se encuentra exenta de los avatares, conflictos, luchas y resistencias que forman parte de la historia de nuestro país. Se fundó durante el peronismo en un contexto internacional de posguerra, paralelo a la revolución socialista en Rusia. En 1946, se creó la Secretaría de Salud Pública, con rango ministerial a cargo del Dr. Ramón Carrillo, que pasaría a ser Ministerio con la reforma constitucional de 1949. Ese período fue el de *"mayor presencia estatal en el sector, tanto en los aspectos reguladores como en lo relacionado con la capacidad instalada del subsector público."* También

Click para ir al sumario

fue el de *"mayor eficacia redistributiva de la actividad estatal en el interior del sector"*.[1] Durante el peronismo, la mortalidad infantil pasó del noventa por mil al cincuenta y seis por mil nacidos vivos, lo que muestra que **el fortalecimiento de las áreas de gobierno y de las políticas públicas en salud producen resultados sanitarios favorables,** fortalecimiento relacionado con la jerarquía institucional que tiene la salud. Pero mientras desde el Ministerio de Salud se bregaba por un sistema de salud universal, público y de acceso gratuito, la CGT absorbía y transformaba las mutuales en obras sociales, generando un modelo de seguridad social de corte bismarckiano. **Dos sistemas en uno, que luego evolucionaría hacia la fragmentación.**[2] Durante el golpe de estado de 1955 y bajo el pretexto de "afianzar el federalismo", comenzó un proceso caracterizado por la transferencia a las provincias, municipios y al sector privado de las funciones, infraestructura, competencias y gobernabilidad construidas dificultosamente durante la década anterior.[3] Este proceso terminó de consolidarse en la década del noventa, en el marco de las "Reformas de los Sistemas de Salud" impulsadas por los organismos internacionales.

> ***Se requiere un Ministerio de Salud a nivel nacional: el único capaz de reducir las inequidades por la vía del financiamiento, distribución de recursos y mediante la generación de políticas públicas.***

Esta fragmentación entre subsistemas (público/estatal, privado y de obras sociales) y entre niveles de gestión (nacional, provincial y municipal) configuró **el entramado que caracteriza a nuestro sistema de salud y que es muchas veces generador de inequidades y de barreras de acceso.** Por ello se requiere un Ministerio de Salud a nivel nacional, en tanto es el único capaz de reducir tales inequidades por la vía del financiamiento, distribución de recursos, y mediante la generación de políticas públicas para abordar las desigualdades geográficas e impulsar la ampliación de derechos.

Click para ir al sumario

El Ministerio de Salud nacional ha tenido diferentes conformaciones y estructura, pero siempre mantuvo entre sus competencias y obligaciones la "coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial municipal, de la seguridad social, y del sector privado".[4] Esto se traduce en políticas que permiten la rectoría nacional para el fortalecimiento del primer nivel de atención y la red de servicios de salud, así como en aquellas que bregan por la articulación, con rectoría estatal, con el subsector de obras sociales y de prepagas.

Existen numerosos ejemplos de políticas públicas mediante las cuales el Estado nacional, a través del Ministerio de Salud, fortalece el Primer Nivel de Atención, cuya gestión está en cabeza de los gobiernos municipales. El Programa Médicos Comunitarios, lo hacía mediante la formación de profesionales de acuerdo a las necesidades sanitarias del país, para que cumplieran funciones en los sistemas de salud locales pero con un fuerte financiamiento de la nación para los salarios. De esta forma, era posible superar las desigualdades económicas entre jurisdicciones, garantizando profesionales con formación adecuada y con salarios dignos. Concretamente, **esto implicaba que en algunos territorios el único profesional de salud disponible fuera el de Médicos Comunitarios.**

Otro ejemplo de rectoría y fortalecimiento del Primer Nivel de Atención es lo que ha ocurrido con la política pública de medicamentos. El Ministerio de Salud de la Nación puede resultar un actor fundamental en la regulación, al tiempo que garantiza el acceso a medicamentos para toda la población. Para esto cuenta con diversos programas que realizan compras de forma centralizada y distribuyen a todo el país los medicamentos y vacunas (Banco de Drogas, Dirección de SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis, Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Programa Nacional de Enfermedades Poco Frecuentes y Anomalías Congénitas, entre otros). Además, el programa nacional Medicamentos Esenciales (ex REMEDIAR) realiza la compra centralizada de medicamentos y los distribuye en el Primer Nivel de Atención. **Este programa sirvió también para poner en competencia de precios a los laboratorios nacionales e internacionales, permitiéndole al Estado conseguir precios sustancialmente más baratos**

Click para ir al sumario

que los que hasta ese momento se pagaban en cada jurisdicción. Asimismo fue un importante incentivo para el desarrollo de la producción pública de medicamentos, dado que se realizaron convenios entre el Ministerio de Salud de la Nación y los principales laboratorios de producción pública aprobados por ANMAT, para garantizar la provisión de medicamentos al programa. Esto a su vez **impacta no solo en las compras del Estado sino en el precio de venta al público, al aumentar la oferta y establecer precios de venta acordes a los costos de producción pública.**

El Ministerio de Salud de la Nación puede generar también otros mecanismos de compra, mediante la articulación con actores internacionales como la OPS, que compra importantes volúmenes para todos los países miembros, **consiguiendo precios considerablemente más baratos** que a los que cada país pueda acceder en forma individual. También se llevaron a cabo estrategias de compra conjunta a través de MERCOSUR/UNASUR para adquirir medicamentos de alto costo a mejores precios.

Un Estado nacional fuerte en su rol de regulador y organizador central del sistema, es también un mediador entre los subsectores que conforman el sector salud en nuestro país.

A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación tiene la potencialidad de garantizar el acceso a medicamentos a poblaciones específicas como los jubilados y las personas con pensiones por discapacidad en todo el país a través del PAMI y del Incluir Salud, reduciendo la brecha de inequidad para estas poblaciones, generalmente expuestas a una mayor vulnerabilidad.

Pero además, **el Ministerio de Salud de la Nación también se ha ocupado del fortalecimiento y la articulación evitando la fragmentación entre niveles**

Click para ir al sumario

de complejidad. Para ello, ha desarrollado políticas de regionalización de la atención para garantizar el acceso al nivel de complejidad adecuado para cada necesidad. En el caso de la atención perinatal, por ejemplo, significa el desarrollo, dentro de un área geográfica, de un sistema de salud materno y perinatal coordinado, en el cual, merced a acuerdos entre instituciones y equipos de salud sobre las necesidades de la población, se identifica el grado de complejidad que cada institución provee, con el fin de alcanzar la atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos, la utilización apropiada de la tecnología requerida y del personal perinatal altamente entrenado a un costo/efectividad razonable.[5]

Finalmente, **mediante el financiamiento de infraestructura, el Ministerio de Salud reduce las desigualdades entre jurisdicciones garantizando servicios de salud de calidad.** La construcción de hospitales es parte de la consolidación de la red asistencial que busca dar respuesta efectiva e integral a los problemas de salud-enfermedad de la población. Un ejemplo de esto es la construcción de Hospitales SAMIC que tienen una composición -y por lo tanto un financiamiento- municipal, provincial y nacional. Allí, **la nación actúa como "compensador" aportando aquello que la provincia o el municipio no podrían financiar y garantizando de esta manera su funcionamiento.**

Un Estado nacional fuerte en su rol de regulador y organizador central del sistema, es también un mediador entre los subsectores que conforman el sector salud en nuestro país. **Mediante políticas de recupero logra que obras sociales y prepagas reintegren al sistema público el dinero invertido en la atención de sus afiliados.** Pero además, el Ministerio de Salud, **tiene un rol fundamental para el acceso equitativo a las prestaciones que obras sociales y prepagas deben garantizar a sus afiliados mediante el Programa Médico Obligatorio (PMO).** Eso permite que, más allá del tipo de cobertura, toda la población tenga garantizado el derecho a acceder a las mismas prestaciones. Finalmente, el Ministerio de Salud también tiene un **potente rol regulador al fijar los aumentos en las cuotas de las prepagas.** Esto es un componente esencial, sobre todo teniendo en cuenta el alto gasto de bolsillo en salud que tiene nuestro país.

Click para ir al sumario

Todas estas acciones del Ministerio de Salud de la Nación permiten el ejercicio de la soberanía en la planificación de las políticas públicas, fundamental en un campo como el de la salud que cuenta con actores sumamente poderosos y con intereses que muchas veces atentan contra el derecho a la salud. **El control y la regulación solo es posible con un Ministerio de Salud fuerte, articulado con el resto de las áreas del Estado y con sus pares en otras jurisdicciones y países de la región.** Desde diciembre de 2015 asistimos a un debilitamiento del Ministerio de Salud, con la transferencia de responsabilidades a las provincias y a los sujetos, con graves consecuencias para la salud de la población. La desaparición del Ministerio de Salud de la Nación, y su reemplazo por una Secretaría dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, implicará la pérdida de ese rol de rectoría en las políticas públicas, en la articulación y complementación de los sistemas del ámbito nacional, provincial y municipal, profundizando las desigualdades entre jurisdicciones e incluso entre población con distinto tipo de cobertura. Pero sobre todo, **redundará en la pérdida de soberanía respecto a las decisiones sanitarias, dejando al Estado desvalido de la posibilidad de regular** y con ello poner un límite a los intereses corporativos nacionales e internacionales, cuyo único fin es la rentabilidad, haciendo de la salud, un bien de mercado. Esto, sin duda, tendrá consecuencias sanitarias para nuestra población ■

* Leticia Ceriani es psicóloga, Sabrina Balaña es médica generalista y Federico Kaski es médico psiquiatra. Son integrantes de la Fundación Soberanía Sanitaria.

---

[1] Belmartino, S. & Bloch, C., 1994. El Sector Salud en Argentina: Actores, Conflicto de Intereses y Modelos Organizativos, 1960-1985. Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud.

[2] Stolkiner, A. (2018). Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud mental. Dossier Salud Mental. Revista Soberanía Sanitaria. 2 (4): 34-38

[3] Rovere, M (2004) La salud en la Argentina: Alianzas y conflictos en la construcción de un sistema injusto. Gollán, et al (2015) ¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria. Buenos Aires, Editorial Colihue.

[4] Art. 23ter. Decreto 13/2015. Ley de Ministerios. Modificación.

[5] Yu V, Dunn P: Development of regionalized perinatal care. Seminars in Neonatology (2004) 9,89-97.

Click para ir al sumario

NO AL FMI
#MACRISIS
McDonald's
NO A LA ELIMINACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

El derecho a la salud, en peligro

La devaluación del Ministerio de Salud a Secretaría, que se presenta como un mero ajuste presupuestario, encierra en su ejecución una lamentable pérdida de los derechos adquiridos y conlleva un aumento en la desigualdad social.

▪ Por Adriana Clemente*

Las políticas sociales operan en el espacio de tensión que se genera entre relaciones (de mercado y no monetarias), con el objetivo de satisfacer las expectativas de bienestar que acuña cada sociedad. Por su parte, las políticas deben asumir un *marco normativo institucional* que expresa la concepción que el Estado tiene de los problemas y de las soluciones. En tal sentido, que una política pública se implemente desde un Ministerio o desde una Secretaría, tiene consecuencias tanto presupuestarias, como técnicas y operativas.

En esta breve nota planteamos que dentro del campo de la política social, los Ministerios de Salud y Desarrollo Social son complementarios y la sustitución y/o sujeción de uno por el otro responde a una concepción residual de la política social. La decisión tomada por el presidente Macri que baja a rango de Secretaría al Ministerio de Salud tiene tanto motivaciones económicas como conceptuales. Por una parte, **la devaluación del área opera como una condición para profundizar la mercantilización de la salud.** Por otra, la modalidad que adopta expresa la idea de lo público como una

Click para ir al sumario

opción para los que no pueden competir en el mercado por estos servicios. Desde esa perspectiva es que se puede **concebir un mega Ministerio de Desarrollo Social, cuya especialidad sea atender la pobreza, y en este caso, se vea como natural que tome una de sus principales derivaciones, como es la enfermedad.**

> *Los Ministerios de Salud y Desarrollo Social son complementarios y la sustitución y/o sujeción de uno por el otro responde a una concepción residual de la política social.*

El retroceso de entender a la enfermedad como un problema de los pobres tiene antecedentes en la historia de la salud pública. Hasta mediados del siglo XX, las políticas de salud operaron bajo la lógica higienista que veía la enfermedad de los pobres como una amenaza para los ricos y, en ese sentido, pedía al Estado conservador medidas asistenciales y preventivas, todas de control. En un informe solicitado por Torcuato de Alvear (intendente de Buenos Aires entre 1883 y 1887) sobre la situación de los conventillos en la ciudad, esta idea queda expresada cuando se describe el problema: *"(...)aquellas fétidas pocilgas, cuyo aire jamás se renueva y en cuyo ambiente se cultivan las más terribles enfermedades que luego llegan por emanaciones a los palacios de los ricos(...)"*.[1]

El cambio de condición del Ministerio de Salud no podría explicarse únicamente por el plan de ajuste y el tamaño de este Ministerio. Recordemos que salud fue la primera política social descentralizada en la década del setenta y en plena dictadura. **Ya hace muchos años que ese Ministerio ejecuta a través de las provincias sus principales políticas y, en consecuencia, el área no se encuentra sobredimensionada pero sí especializada.**

Click para ir al sumario

Entre otras cosas, el cambio de condición impacta en la pérdida de autoridad del Ministerio con las provincias, en tanto la capacidad de garantizar niveles de desempeño en torno a indicadores claves, de asegurar el acceso a medicación y tratamientos especiales y de dar los blindajes compensatorios a las provincias más pobres puede verse debilitada. En definitiva, desjerarquizando al Ministerio de Salud, se está atacando a una política de salud nacional en un país federal. Aunque esto ya estaba ocurriendo por la vía del desfinanciamiento, ahora comienza a legitimarse el proceso de vaciamiento y de cierre del círculo tanto en materia presupuestaria como en competencias y atribuciones, sin atender la heterogénea y crítica situación de las economías provinciales. **La federalización de las desigualdades sociales en salud, al igual que en otros campos del bienestar como la educación, operan de arriba hacia abajo.**

> *Desjerarquizando al Ministerio de Salud, se está atacando a una política de salud nacional en un país federal.*

A su vez, la posibilidad de que el Ministerio de Desarrollo Social sea eficiente en su mega competencia genera razonable desconfianza. Se trata de un Ministerio también devaluado en sus funciones desde el 2015 a la fecha, con injustificados niveles de subejecución presupuestaria en materia de ayuda directa y de asistencia alimentaria, lo que pone en duda su capacidad para actuar como marco institucional de una política tan compleja como la de salud. En época de crisis, es común que en nombre de la racionalidad del gasto social se instrumenten reformas, que más que económicas, sean políticas. **Estamos experimentando una nueva y lamentable reforma del Estado encubierta en motivos presupuestarios, pero claramente direccionada a la pérdida de derechos adquiridos**

* Adriana Clemente es docente e investigadora. Directora del CEC. Sociales (FCSs/UBA).

[1] Memoria de la Ciudad de Buenos Aires (1910). Biblioteca de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

Click para ir al sumario

Sin Ministerio
de Salud no hay
residencias
Moreno
1050 - 1100

Un profundo signo de desinterés

El anuncio de la pérdida de rango del Ministerio de Salud de la Nación es una nueva e inequívoca muestra de la falta de interés del gobierno en llevar acceso a salud de calidad a todos los rincones de nuestro país. En este contexto, la famosa reflexión del Dr. Ramón Carrillo resuena con más fuerza que nunca: "De nada sirven las conquistas de la técnica médica si esta no puede llegar al pueblo por los medios adecuados".

▪ Por investigadorxs del Área de Salud y Población
del Instituto de Investigaciones Gino Germani

En 1949 se crea por ley el Ministerio de Salud Pública, con Ramón Carrillo como ministro de salud. En menos de una década mejoraron indicadores de morbimortalidad de la población como la disminución de la tasa de mortalidad infantil, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la erradicación de enfermedades como el paludismo, la reducción de la incidencia de la sífilis y tuberculosis, entre otros logros. La premisa básica, arraigada en la corriente de la medicina social, fue la siguiente: **la gente se enferma del lugar en donde vive, del trabajo que realiza y de los vínculos sociales que entabla con su entorno. Parece simple pero la voluntad política para transformar esa realidad ha sido difícil de sostener y compleja de traducir en políticas públicas.**

Click para ir al sumario

Desde la epidemiología social y otras especialidades, se generó robusta evidencia sobre las consecuencias que tienen en la salud de las poblaciones los programas de ajustes estructurales drásticos (como los impuestos por organismos como el FMI y el Banco Mundial), cuya injerencia en la agenda de las naciones de países pertenecientes al sur global viene creciendo drásticamente desde los '90, al mismo tiempo que crece en la definición de la agenda de los organismos de salud internacionales como, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud.

La salud de las poblaciones no puede estar en manos del mercado, que persigue intereses comerciales. **Solo el 2% de las inversiones en producción e investigación de las compañías farmacéuticas y corporaciones de tecnología médica transnacionales apunta a enfermedades relevantes para los países en desarrollo,** tales como vacunas para malaria, esquistosomiasis, leptospirosis, medicamentos para combatir las enfermedades causadas por parásitos, insecticidas para controlar el vector. Estos mapas de inversión muestran la existencia de profundas inequidades en este campo, dando lugar a lo denominada "brecha 90/10", que refiere al hecho de que menos del 10% de los fondos de las investigaciones en salud estén destinados a tratar los problemas que afectan al 90% de las personas en el mundo.

Estas asimetrías muestran la necesidad del papel ineludible que debe ocupar el Estado interviniendo activamente, ya que es la única garantía para la protección del derecho a la salud de todas las personas, especialmente las más vulnerables, sin importar las construcciones sociales tales como etnicidad, género, religión, clase social, estatus socioeconómico. **El Banco Mundial no asocia a la salud como derecho social ni como ciudadanía, sino como un bien público global necesario para el desarrollo de un país asentado en una perspectiva biomédica.**

Nos resistimos a sustraer los valores y principios éticos de los derechos humanos con relación al acceso a una salud soberana, pública y sobre la base de la justicia social. Estos valores permitieron construir históricamente políticas sanitarias que achicaron brechas en las desigualdades entre nuestra

Click para ir al sumario

población, como lo ejemplifican las intervenciones de Carlos Malbrán en su lucha contra la peste bubónica, la lepra y la malaria y como impulsor de la vacunación obligatoria. Tampoco olvidamos en esta coyuntura a los que vinieron después de la creación del Ministerio, colocando en la agenda sanitaria a enfermedades desatendidas e invisibilizadas que generan pérdidas de años de vida cuando se las ajusta por discapacidad. En este sentido, defendemos el legado que en la salud pública nacional tuvieron las intervenciones de Ramón Carrillo en el paludismo, de Carlos Alvarado y José Penna en el paludismo y la malaria, de Arturo Oñativia en el bocio endémico, de Salvador Mazza en Chagas, o más recientemente René Favaloro y las enfermedades cardiovasculares, por nombrar solo algunos.

Desjerarquizar el Ministerio de Salud, llevándolo al rango de una secretaría que implica menos atribuciones que un ministerio y cuenta con menor presupuesto y personal, demuestra el poco interés que tiene el gobierno actual por la salud y sobre todo, por hacer llegar a quienes más lo necesitan las políticas sanitarias. Además, la supresión de políticas nacionales esenciales como el cumplimiento del calendario obligatorio de vacunación junto a la destrucción lisa y llana de programas nacionales, en un contexto de un sistema de salud fragmentado y desigualmente financiado de larga data, **es un atentado directo que puede llevar a un desastre sanitario en medio de un acelerado proceso de aumento de la pobreza, indigencia, desocupación e inflación.**

Abraam Sonis, en su discurso ante la Organización Panamericana de la Salud del 2001, remarcaba que el objetivo de mínima del sector salud debería ser no agravar las desigualdades que se dan la sociedad, que en las políticas de salud se traduce con programación adecuada, buena organización de servicios, cobertura total de la población, uso apropiado de tecnología, utilización racional de medicamentos, recursos humanos en salud capacitados, con medicina y atención de la salud y la enfermedad basadas en la evidencia, y con la participación de la población en todo los proceso y en todos los niveles de atención. **Todo esto difícilmente podrá realizarse sin el organismo de rectoría por excelencia en prácticamente todos los países del mundo, el Ministerio de Salud**

Click para ir al sumario

Las políticas de austeridad

Las últimas intervenciones públicas del presidente Mauricio Macri justifican las políticas de austeridad que ha implementado y que continúa profundizando cómo única vía para sortear la crisis económica. Analizando algunos casos similares, es posible entender que el ajuste solo comporta daños y sacrificios por parte de la población y que existen otras maneras de enfrentar la actual coyuntura.

▪ Por Enio Garcia y Nicolás Kreplak

El lunes 3 de septiembre del corriente año el presidente Mauricio Macri realizó un comunicado a la sociedad argentina con el supuesto objetivo de generar tranquilidad a la población y a los "mercados". El contexto estaba enmarcado por una crisis financiera con alta depreciación del peso argentino y fuga de capitales, que demostraron una vez más la fragilidad del modelo económico elegido por el gobierno y validado por organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI).

En el día anterior, ya trascendía la noticia del cierre de varios ministerios, entre ellos el de salud, confirmada el mismo 03/09 a través de un comunicado de la Secretaría de Comunicación Pública de la Presidencia de la Nación. En su mensaje, Macri hizo especial énfasis en la necesidad de una política de austeridad, o por lo menos es lo que dejó transparentar a través de varias

Click para ir al sumario

frases repetidas por él en ese y otros discursos:
"No podemos seguir gastando más de lo que tenemos."
"Recibimos un Estado que gastaba mucho."
"Tomé la decisión de reducir la cantidad de ministerios a la mitad... vamos a dar una respuesta más focalizada en el momento en que se vive."
"El mundo nos dijo que vivíamos arriba de nuestras posibilidades."
"Cualquier estrategia de desarrollo empieza por ahí, gastar menos de lo que recauda."

El término austeridad viene del latín y está asociado a algo áspero o difícil. **El austero es una persona considerada sobria, penitente y severa. Es aquel que se ajusta de manera rigurosa a las normas morales.** En la jerga económica, las políticas de austeridad son las que trabajan bajo la lógica de aumento de algunos impuestos y tarifas pero, fundamentalmente, de la disminución del gasto público. Esta última se produce a través del achicamiento de la estructura estatal, recortes presupuestarios y aplacamiento o cierre de programas sociales, entre ellos, los de salud pública.

> ***Existen otras alternativas frente a los problemas producidos por las crisis económicas, en donde al revés de la austeridad, se promueve el gasto público como uno de los motores de la recuperación económica.***

Las políticas de austeridad son presentadas invariablemente como única salida posible para los países que enfrentan crisis económicas. Estas crisis son muchas veces generadas por los sistemas globales de especulación financiera, como la que empezó en el 2007 por las hipotecas subprime y que sigue repercutiendo actualmente en varios lugares del mundo.

Este tipo de política es justificada bajo la idea de que el recorte del gasto público genera una reducción del déficit fiscal y provoca una mayor

Click para ir al sumario

"confianza" en el mercado, lo cual estimularía al sector privado a conducir el proceso de crecimiento de la economía. Evidentemente lo que se plantea es siempre la idea de gastar menos de lo que se recauda.

Sin embargo, existen otras alternativas frente a los problemas producidos por las crisis económicas, en donde al revés de la austeridad, se promueve el gasto público como uno de los motores de la recuperación económica. Las políticas de austeridad no son inocuas. Cuando Macri reafirma la necesidad de tomar *"medidas antipáticas"*, o que *"precisamos aprender a vivir con lo que tenemos"*, intenta, a través de eufemismos, preparar el terreno para los efectos que estas políticas producen, invariablemente, en las poblaciones.

Stuckler y Basu, en su libro "Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte", tratan de mostrar a través de investigaciones realizadas a partir de datos económicos y epidemiológicos, el costo humano de las políticas de austeridad. Estos autores indican que **los recortes adoptados por algunos gobiernos frente las crisis económicas, se producen frecuentemente en las políticas de salud y protección social, lo que termina repercutiendo de manera negativa en la salud de la población, principalmente de los sectores más vulnerables,** dejando secuelas traumáticas que van desde el empeoramiento de la calidad de vida hasta la muerte.

Para demostrar la viabilidad de otros tipos de salidas a las crisis, los autores toman el ejemplo de la política desarrollada por el gobierno de Franklin Roosevelt para contener los efectos producidos por el crack de la bolsa de Nueva York de 1929 (deuda de cerca de 300 puntos del PBI, desocupación, indigencia). El **New Deal,** como quedó conocida esta política, se consolidó a través del fomento estatal al crecimiento económico con inversiones a la construcción, provisión de alimentos, subsidios para la vivienda, etc. También tuvo un efecto muy positivo en la salud de la población de Estados Unidos, siendo que **los estados que aplicaban esta política con mayor empeño, generalmente gobernados por los demócratas, registraron considerables bajas en la mortalidad de la población y menos problemas de salud,** comparado con los estados gobernados por los republicanos, en este caso, en oposición al presidente Roosevelt.

Click para ir al sumario

Otro ejemplo emblemático trabajado por los autores del libro es el de la desintegración de la Unión Soviética. En los países de la ex URSS donde se aplicaron las políticas de recorte de manera radical y ortodoxa, buscando una implementación más rápida del capitalismo, los costos sociales y de salud fueron aterradores, como el abrupto aumento de la mortalidad de los varones en Rusia. En contrapartida, en los países que rechazaron este tipo de medidas y optaron por reformas más progresivas, sin desarmar los sistemas de protección social, se conservaron los indicadores sociales y de salud, incluso dentro de los sectores más vulnerables de la población. Además, los estudios realizados por los autores indican que **en los países que optaron por las políticas de austeridad, el crecimiento económico fue mucho más lento que el de los que adoptaron otro tipo de medidas.** Se puede decir que los sacrificios asumidos por los pueblos de los países que realizaron políticas de ajuste no se justificaron en función de los resultados alcanzados.

> *Los sacrificios asumidos por los pueblos de los países que realizaron políticas de ajuste no se justificaron en función de los resultados alcanzados.*

Los casos de Islandia y Grecia conforman dos ejemplos de los efectos de la aplicación de políticas contrapuestas para solucionar las problemáticas producidas por las crisis económico-financieras. Estos países fueron golpeados fuertemente por la crisis del año 2007. Mientras **el pueblo islandés se opuso rotundamente a las medidas de ajuste recomendadas** por la comunidad europea y otros organismos internacionales, **en Grecia se aplicó el recetario del FMI.** Los resultados fueron muy claros: **el fortalecimiento del sistema de protección social en Islandia posibilitó no solo el crecimiento del país y la salida de la recesión, sino que, incluso durante la crisis, permitió que los indicadores de salud de la población siguieran mejorando.** El caso griego, más conocido, muestra resultados catastróficos, siendo que la crisis económica

Click para ir al sumario

en ese país se profundizó a lo largo de los últimos años. **Los datos sanitarios de Grecia indican que una gran proporción de su población se quedó sin asistencia médica; además, se pueden observar retrocesos en el perfil de morbimortalidad del país con el aumento de la prevalencia de personas con VIH, por ejemplo, y el resurgimiento de enfermedades como la malaria.**

Estos datos indican que **la elección de políticas de austeridad tiene un trasfondo profundamente ideológico.** No hay ningún tipo de evidencia empírica que demuestre la efectividad de estas medidas, menos aún en función de los costos que los pueblos deben pagar durante su implementación. **La idea de supremacía del mercado y de los mecanismos meritocráticos, que justifican las desigualdades, no dialogan en ninguna instancia con la de derechos humanos, democracia, solidaridad y justicia social.** O sea, no hay políticas de ajuste con reales intenciones de beneficiar a las mayorías, sino una eterna promesa que nunca se cumple efectivamente.

Lo que termina por generar el gobierno, a través de medidas de austeridad como el cierre del Ministerio de Salud de la Nación, un actor que, con todas sus falencias, traccionaba políticas nacionales en el área de medicamentos, vigilancia epidemiológica, control de enfermedades inmunoprevenibles, calidad de los servicios, etc, es una idea de imposibilidad. **Imposibilidad de que la salud sea un derecho, de que el Estado pueda ser el principal promotor de la salud en el país, de que los trabajadores tengan una referencia para su labor cotidiana, de que haya un actor con fuerza suficiente para imponer controles al mercado evitando la estricta mercantilización de la salud.**

En este sentido, el pueblo argentino necesita -y seguramente lo hará- construir, como planteaba Jean-Paul Sartre, una imposibilidad a la imposibilidad, o sea, **las acciones necesarias para que sea imposible que la salud deje de ser un derecho en nuestro país.**

* Enio Garcia es farmacéutico y sanitarista. Nicolás Kreplak es médico clínico y sanitarista. Ambos son integrantes de la Fundación Soberanía Sanitaria.

Click para ir al sumario

SIN MINISTERIO
DE SALUD NO HAY
ODOS
CEPTIVOS
GACIÓN SALUD
SIN MINISTER
DE SALUD NO H
SIN MINISTER
DE SALUD NO H
VACUNAS

Todo un símbolo

El Ministerio de Salud dejó de ser Ministerio para convertirse en Secretaría de Estado. Aquí, un breve apunte sobre aquello que puede ser determinante en el camino hacia la reconstrucción de un sistema de salud justo, equitativo y al servicio del pueblo.

▪ Por Juan Ángel Canella y Giglio Salvador Prado*

I. Giambattista Vico, filósofo italiano, señaló que la historia se mueve de un modo que llamó "Corsi e ricorsi", entendiendo por tal a los ciclos, con progresos y regresos, adoptando formas de tragedias o farsas. Creemos útil recordar a este autor, en momentos como el presente, ya que tras mil días del gobierno de Mauricio Macri, y tras el reconocimiento de la crisis a la que condujo al país, en un mensaje grabado prometió "hablar desde el corazón" y anunció retenciones impositivas y cambios en su gobierno. En este contexto económico en picada, con un desgobierno evidente, con sufrimientos increíbles de la población argentina, el presidente Macri efectuó anuncios de medidas destinadas a terminar con el déficit primario, creyendo así que el Fondo Monetario Internacional le daría el visto bueno para ampliar el ya lesivo y condicionado auxilio a la economía Argentina. Se tomó la medida de recortar el número de Ministerios de veintitrés a once, se efectuaron recortes al presupuesto y todo hace suponer que **estas decisiones llevarán a la disminución de empleados públicos, al debilitamiento de las capacidades técnicas del Estado y a la anemia de programas y servicios;** todo en aras del déficit cero. El caso del campo de salud, emparentado con el de trabajo, educación, de la ciencia y técnica, cultura y del desarrollo social, tiene particular valor simbólico: hablamos de la enfermedad, de la muerte, de los cuidados.

Click para ir al sumario

II. Creemos que poco podremos agregar a los diagnósticos que presagian, ya analizando globalmente o por sus aspectos políticos o económicos, nuevos sufrimientos a la sociedad argentina. Estos se expresarán en materia de pérdida de la salud o descuido de las enfermedades crónicas, etc. Recordamos los aumentos de los suicidios en la crisis del 2001, o que **la primera causa de internación fue el abandono de tratamientos,** que conducían a las complicaciones de las enfermedades más extendidas como diabetes o hipertensión. En esta situación, **es previsible la crisis de los sistemas y servicios de salud y la sobrecarga del sector público.** Es muy valorable el esfuerzo de Soberanía Sanitaria, que a través de sus informes, ha puesto en blanco sobre negro las graves situaciones que viene creando la retirada del Estado, en particular del Ministerio de Salud. Todo lo que se haga por registrar, analizar y colocar en la agenda pública las consecuencias del período neoliberal macrista será de un valor elevadísimo en el próximo curso de los acontecimientos. También incluiríamos en esta tarea **la recuperación de la experiencia histórica y de luchas por el derecho a la salud, nacionales e internacionales, en especial en América Latina.**

III. Creemos necesario ir preparando un período de reconstrucción del campo sanitario tras esta farsa o tragedia, o ambas. La experiencia humana de lucha contra la adversidad es muy vasta; en Londres, bajo los bombardeos nazis, disminuyó la mortalidad y aumentó el peso de los niños al nacer. En El Salvador, en medio de una atroz guerra civil, en las zonas guerrilleras disminuyó la mortalidad infantil. **Hay mucha evidencia de que los esfuerzos humanos para cuidar la salud obtienen resultados sorprendentes.** Por ello y para tal fin proponemos poner en discusión los siguientes tópicos:

- **Sistema:** es urgente ubicar en la agenda política la necesidad de una reforma sanitaria progresiva y centrada en las ideas de salud como derecho humano, en la equidad, en un acceso facilitado, oportuno y con participación de la ciudadanía. Sabemos que **los sistemas únicos son mejores, menos onerosos para la población que los sustenta y más poderosos para enfrentar la desenfrenada pulsión de lucro** que anima

Click para ir al sumario

a los actores económicos, muchos de ellos multinacionales y que se han transformado en los que en realidad dirigen y digitan en su beneficio los servicios de salud. **Terminar con la fragmentación y la inequidad en salud es una bandera ineludible para la recuperación de la justicia social.** Todos los puentes que se puedan tender con los actores del subsector público (nacional, provincial o municipal) y de las obras sociales (Pami, OS Provinciales y OS Sindicales) serán centrales en toda reconstrucción que tienda a torcer el rumbo de colisión que llevamos. Es una demanda también poder dar por terminada la orientación bancomundialista de la CUS (Cobertura Universal de la Salud), que conduce a un aumento de la mercantilización sanitaria (como demuestra la experiencia colombiana).

• **Medicamentos y tecnología:** el gasto en medicamentos y tecnologías, usados con creciente irracionalidad, conducen a una crisis del financiamiento del sistema de salud. A partir del reconocimiento de que el acceso a medicamentos y tecnología es un derecho, se debe debatir la forma en que su uso apunte a una racionalidad estrictamente centrada en el beneficio para la salud. **Hay que desterrar los ensañamientos terapéuticos, los usos irracionales y sobre todo las corruptelas que rodean las actuales prácticas prescriptivas.** Resulta imprescindible tender hacia un oligopsonio estatal en las compras y a la drástica disminución de los "gastos de bolsillo". **Todo ello no puede ocurrir sin la participación consciente de los prescriptores.**

• **Participación popular:** es una herramienta fundamental para las transformaciones; **la vasta experiencia de lucha y de organización del pueblo argentino debe ser capitalizada para el trabajo en salud.** La experiencia latinoamericana en materia de participación, en especial la de Brasil, debe ser aprovechada, (nos referimos a la existencia de consejos de salud en cada municipio, Estado, y a nivel nacional; así como la realización periódica de las conferencias Nacionales de Salud, precedidas de amplísimos debates).

Click para ir al sumario

• **Desinstitucionalización:** bregar por un progresivo pero veloz cierre de las "instituciones asilares" y su substitución por cuidados comunitarios y familiares, mano de obra intensivos y remunerados.

• **Gestión de los servicios:** incentivar la participación comunitaria y de los trabajadores de los sistemas y servicios de salud, en una nueva tecnología de conducción democrática y humanizada. Acabar con las trabas en el acceso (colas, auditorías absurdas, autorizaciones, etc.)

• **Interculturalidad:** un shock de respeto al otro, en una sociedad democrática, redundará en un fuerte impulso a la salud. El respeto por el género, por la diversidad de opciones sexuales, por la cultura de pertenencia de los pueblos originarios y migrantes. **Ninguna visión, ninguna comunidad o persona deben sobrar en los esfuerzos por la reconstrucción de una patria justa y solidaria.**

Todos los puentes que se puedan tender con el subsector público y las obras sociales serán centrales para la reconstrucción. Es clave también dar por terminada la orientación bancomundialista de Cobertura Universal de la Salud, que conduce a un aumento de la mercantilización sanitaria.

• **Equidad y acceso:** poner al sistema de salud en capacidad de brindar lo que la ciencia y los conocimientos vigentes brindan al ser humano para cuidar su salud, recuperarse de las enfermedades, y aplicar toda la tecnología existente en materia de promoción, prevención y rehabilitación; recuperar el concepto de Estrategia de Atención Primaria de la salud y de Salud para Todos.

Click para ir al sumario

• **Riesgos del trabajo:** la inadmisible Ley de Riesgos del Trabajo, vigente desde 1996, ha puesto de manifiesto **lo desafortunado de darle a la llamada "industria del seguro" algún aspecto del cuidado de la salud.** Debemos incentivar un gran debate sobre la salud laboral que permita recuperar y aprovechar todos los conocimientos de los trabajadores en materia de promoción y prevención; revisando los criterios de asistencia y los derechos en juego en las secuelas de las enfermedades y accidentes del trabajo. **El Listado de Enfermedades Profesionales debe ser radicalmente reformulado a la luz de los conocimientos actuales, incluidos los de salud mental.** Los criterios de evaluación de las secuelas y sus resarcimientos también deben reformularse con participación de las organizaciones profesionales. Tiene también que ser prioridad la inclusión de los trabajadores de la economía informal (mal llamada en negro), hoy fuera de todo reconocimiento de derechos.

IV. Mientras tanto, toda la solidaridad del campo popular debe manifestarse en cuidados, en organización, demostrando desde abajo hacia arriba que otras prácticas de salud, humanas, sensibles al dolor y a las necesidades del prójimo son posibles, deseables y que obtienen resultados. Por ahora, **mientras no se pueda poner el Estado al servicio del pueblo, será el pueblo quien manifieste sus reservas para minimizar sus sufrimientos y legitimar su aspiración política a una vida mejor.** Los trabajadores de la salud debemos ponernos al servicio de esta gran movilización de resistencia en defensa de la vida de nuestra población. En tanto ir preparando creativa y democráticamente los cambios ascendentes que reflejen y den respuestas a las necesidades populares. Recuperar el espíritu de de Eva en su planteo de "... donde hay una necesidad hay un derecho...", la gran capacidad conceptual y práctica del hoy agraviado Ramón Carrillo, y de todas la contribuciones sanitarias, **será un acontecimiento social por el que bien vale la pena lucha.**

* Juan Ángel Canella es bioquímico y coordinador de ALAMES Argentina. Giglio Prado es médico y ex coordinador de ALAMES Argentina.

Click para ir al sumario

JUNTA INT. DELEGADOS
DEL M. SALUD
ADOS
ALUD
HEPATITIS B
HEPATITIS A
FHA
ANTIGRIPAL
DPT
VARICELA
DPT+HIB+HVB (PENTAVALENTE)
LAS VACUNAS SALVAN VIDAS
Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación
ROTAVIRUS
MENINGOCOCO
DPT-A
DOBLE ADULTO
FIEBRE

La salud en jaque

La subordinación del Ministerio de Salud de la Nación al Ministerio de Desarrollo Social representa un profundo retroceso en la política sanitaria argentina así como en las condiciones de vivir, enfermar y de morir de la población, fundamentalmente de aquellos sectores más vulnerados. La Licenciada María Gabriela Etienot relata cómo este retroceso se vive en Ushuaia.

▪ Por María Gabriela Etienot*

La eliminación del Ministerio de Salud de la Nación y su subordinación al Ministerio de Desarrollo Social representa un profundo retroceso en la política sanitaria argentina así como en las condiciones de vivir, enfermar y de morir de la población, fundamentalmente de aquellos sectores más vulnerados y empobrecidos por un sistema social que reproduce dramática y violentamente las desigualdades sociales.

La desjerarquización del Ministerio de Salud a Secretaría expone aspectos simbólicos, políticos y de financiamiento en desmedro de toda la población argentina y va contramano de la propia historia nacional. En el aspecto simbólico, la eliminación del Ministerio de Salud, así como el de Trabajo y el de Ciencia y Tecnología desnuda el valor que el gobierno actual asigna a estas áreas, reconocidas en la Constitución Nacional como Derechos Humanos, y su absoluta irresponsabilidad al seguir vulnerando derechos sociales históricamente conquistados.

Las necesidades de las poblaciones más vulnerables y las políticas necesarias para su abordaje son una vez más excluidas de la agenda política del gobierno

Click para ir al sumario

nacional, en un contexto de crecimiento de la pobreza y la desocupación. Desde el punto de vista político, **esta medida aniquila el poder y las capacidades de decisión del órgano rector de la política sanitaria nacional y lo subordina jerárquica e institucionalmente.** Respecto del financiamiento, existe la certeza de un recorte presupuestario que amenaza la continuidad de los y las trabajadoras, las campañas, los programas y los insumos, lo que redundará en una caída de los s indicadores de salud alcanzados en los últimos años y amenazando la vida de todos los argentinos.

Tierra del Fuego no es ajena a este perverso modelo neoliberal de exclusión social. Por el contrario, presenta embates permanentes por parte del gobierno nacional que afectan al ejercicio de los Derechos Humanos básicos como el trabajo, la educación, la salud, la vivienda, así como la soberanía política y territorial. **La condición insular y de aerodependencia de la provincia agrega exigencias particulares en la organización y desafíos a los efectores del sistema público de salud, agravados por esta coyuntura.**

> *El profundo deterioro en materia de trabajo y cobertura social será una nueva contribución a la sobrecarga y colapso de los hospitales públicos, los cuales con escasos recursos económicos y reducidos equipos de atención deben prestar asistencia a poblaciones cada vez mayores.*

El Ministerio de Salud de la Nación ejercía cuarenta y dos misiones y funciones (asesoramiento, regulación, capacitación, certificación, habilitación, fiscalización y reglamentación) en todo el territorio nacional y alcanzaba a todos los subsistemas del Sistema Nacional de Salud garantizando el cuidado integral de toda la población. El rol de rectoría en el sistema, a través de la vigilancia epidemiológica, de la construcción de información estadística, promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades, tratamientos,

Click para ir al sumario

tecnologías, insumos, capacitación a los agentes de salud, respondía aún con deudas pendientes, a una plataforma de universalidad y equidad en el acceso de toda la población del país a los sistemas y servicios de salud, independiente de su condición social y económica.

Las provincias cuentan con distintos presupuestos y capacidades locales para gestionar la complejidad del campo sanitario, aspectos importantes especialmente en el caso de las provincias con menores ingresos. **Tierra del Fuego, por condiciones históricas y otras de carácter coyuntural, carece de políticas de salud genuinas, generadas a partir del reconocimiento local de las necesidades sociales.** Además, carece del suficiente poder político-financiero y organizaciones científicas y académicas en el territorio que puedan sustentar y supervisar a los equipos de gestión provinciales en el diseño e implementación de políticas de salud. Por el contrario, el Ministerio de Salud Provincial ejecuta exclusivamente planes, programas y recursos de la órbita nacional destinadas a patologías y poblaciones específicas.

Si bien el impacto local de esta decisión nacional no puede anticiparse con certeza, **sí podemos inferir que el cierre del Ministerio de Salud de la Nación no representa ningún avance para el conjunto social. Por el contrario, representa un violento retroceso, en un momento crítico del país.** Más aún, el profundo deterioro en materia de trabajo y cobertura social de numerosas familias será una nueva contribución a la sobrecarga y colapso de los hospitales públicos, los cuales con escasos recursos económicos y reducidos equipos de atención deben prestar asistencia a poblaciones cada vez mayores, afectando indefectiblemente la calidad de la atención.

La visionaria decisión política de un sistema federal de salud promovió el surgimiento del Ministerio de Salud de la Nación de la mano del Dr. Ramón Carrillo. Numerosos autores del campo social, jurídico y sanitario han desarrollado extensas teorías acerca de la salud como Derecho Humano fundamental –no como mercancía- y la obligación del Estado como su garante. En estos días hemos escuchado reconocidos sanitaristas explayarse en relación al anuncio presidencial que explicita una nueva receta del FMI

Click para ir al sumario

para vulnerar la vida de los argentinos. Esto no hace más que **aumentar la incertidumbre respecto de las posibilidades de reproducir nuestra propia existencia, de ejercer dignamente nuestros derechos y del continuo corrimiento del Estado en la protección de un bien social como la salud colectiva.** Si no hay Estado presente, ¿qué hay? Sin dudas lo que queda es mercado para pocos y abandono para muchos. Quienes somos parte activa del sistema público de salud como trabajadores y trabajadoras estamos convencidos de que la política estatal en materia de salud debe garantizar la accesibilidad y la equidad en el cuidado integral de la salud.

¿Qué sucede cuando el Ministerio de Salud deja de constituirse como tal, cuando deja de ejercer su rol de rectoría del sistema de salud, deja de contar con capacidad para tomar decisiones y disponer de presupuesto propio? La década del '90 y la explosión del 2001 son el testimonio más evidente de las secuelas que puede dejar esta situación. **La política de salud es el núcleo mismo de la política social, es la política activa, la intervención directa con presupuestos y acciones que atiendan las condiciones de vida de las poblaciones:** condiciones laborales, ingresos económicos, alimentación, situación habitacional, acceso al agua de buena calidad, saneamiento y entorno saludable, entre otras.

• Reivindicamos la presencia activa y la responsabilidad indelegable del Estado argentino en garantizar el sistema de salud.
• Defendemos la salud pública, gratuita, de calidad y como derecho humano básico.
• Reconocemos al Ministerio de Salud de la Nación en su total jerarquía como el único órgano indicado para ejecutar la Política de Salud Nacional.

Como Trabajadora Social del Hospital más Austral de nuestro país me sumo al reclamo de tantas y tantos compañeros y colegas, organizaciones, asociaciones profesionales y científicas de todo el país **repudiando la decisión del Presidente de la Nación, solicitando la rejerarquización del Ministerio de Salud de la Nación y la defensa irrestricta de la salud pública**.

* María Gabriela Etienot es Licenciada en Trabajo Social.

Click para ir al sumario

Salud supranacional y salud nacional

¿Cuáles son los actores y los intereses que están interviniendo en una nueva crisis del sistema sanitario en nuestro país? ¿Cuáles son los antecedentes y las posibles consecuencias del avance del capitalismo financiero en el campo de la salud? En modelos superadores, el Estado siempre tiene un rol central en la garantía del derecho a la salud.

▪ Por José Carlos Escudero*

La salud, individual y colectiva, es un área central del conocimiento humano y de las acciones político-económicas que ocurren en lo social. Algunos sectores de la sociedad generan subjetividad y dan legitimación individual (la educación es un ejemplo), mejoran la calidad de vida (vivienda y saneamiento), facilitan la integración de las comunidades (urbanismo, transporte y comunicaciones), pero **ninguno como la salud, se ocupa de los más importantes problemas existenciales del ser humano: la vida y la muerte.**

Esta primacía de la salud, por sobre las demás áreas de la vida, refuerza su peso como arena de conflicto político: ¿qué prioridad se le da a la salud frente a otras demandas, qué herramientas para mejorarla se eligen, y, ante el hecho de que la demanda en salud es potencialmente infinita, qué mecanismos de racionamiento se usan? Plantearemos para la situación actual de la salud en el mundo **dos actores contrapuestos y en general opuestos,**

Click para ir al sumario

el capitalismo volcado a la salud (cuyo objetivo cuasi excluyente es el lucro) y los movimientos populares, que desean mejorar a la salud para que no sigan ocurriendo las monstruosidades que se han naturalizado, como lo son las muertes evitables. A la vez, postularemos a la salud como medio para un programa de liberación nacional, donde puede ser utilizada como acumulación de poder transversal y totalizadora, y como respuesta a las amenazas desestabilizadoras de la democracia que provengan tanto del interior de Argentina como de una agresión extranjera.

> *La salud es un área donde el capitalismo obtiene cada vez más beneficios, que hoy igualan o superan a sectores tradicionales como la energía.*

El capitalismo y la salud

En la últimas décadas, se ha visto que la salud es un área donde el capitalismo obtiene cada vez más beneficios, que hoy igualan o superan a sectores tradicionales como la energía. Puede fecharse esta nueva tendencia en el documento del Banco Mundial "Invertir en Salud" (1993), que parte de la premisa de que el máximo beneficio económico capitalista, coexistiendo con un Estado que lo regule lo menos posible, es automáticamente compatible con la máxima eficiencia sanitaria. Para demostrar que no es así, basta analizar que **Estados Unidos (EE.UU.), el país con la salud más capitalista del mundo, es a la vez el que tiene la salud más cara, ineficiente y productora de resultados inferiores a la de otros países, donde existe un Estado fuerte que regula al capitalismo sanitario;** en estos casos, el Estado ofrece un servicio no mercantilizado, favorece la fabricación de medicamentos y la capacitación de los trabajadores.

La entrada del capitalismo en la salud, que hasta hace pocas décadas se limitaba al interior de los "Estados Nación" (Argentina es uno los

Click para ir al sumario

doscientos que existen en el mundo), se complejiza con el afianzamiento del capitalismo financiero globalizado, que actúa en función de una acumulación económica supranacional, y que ha últimamente intentado limitar la potestad de los Estados para legislar sobre patentes, para controlar a las actividades lucrativas, la remisión de beneficios al extranjero y los poderes de policía sanitaria. **Hoy en día, el capitalismo financiero globalizado, litiga de igual a igual con el Estado, buscando tener más injerencia en el campo de la salud con el propósito de obtener más beneficios para las empresas capitalistas.**

> *Hacer desaparecer al Ministerio de Salud le hace las cosas más fáciles a los mercantilistas de la salud privada, creadora de seguros administrados por los bancos, con listas cerradas de acceso a enfermedades, que si no figuran deben pagar su asistencia con medicamentos mucho más caros.*

Por qué la salud puede generar tanto dinero para al lucro capitalista es un tema fascinante, pero que apenas se tratará aquí. **El capitalismo se aprovecha de que las redes de causación de enfermedades son muy complejas, y que las consecuencias dañinas pueden estar muy diferidas en el tiempo, lo que le permite vender u ocultar muchas opciones que lo benefician o perjudican, sabiendo que el daño se registrará mucho más tarde.** Los medios hegemónicos de comunicación, casi todos voceros del capitalismo, contribuyen a apuntalar la promesa de bienestar futuro del discurso neoliberal, bienestar que sobrevendría tras la supuesta cura que supone la profundización de ajuste. Además, los medios aportan a la falsa asociación -funcional a los intereses de las empresas privadas de salud- entre buena hotelería y calidad prestacional.

Click para ir al sumario

Los movimientos populares y la salud

Previo a los movimientos nacionales y populares en el área de la salud, en la segunda mitad del siglo XX, surgieron movidas históricas (mucho más tardías para la salud que para otras áreas de la sociedad como educación y guerra) que comenzaron a postular políticas sanitarias tendientes a la justicia social. Algunas de estas movidas, irónicamente, fueron originadas por gobiernos conservadores, como las del Segundo Imperio Prusiano, donde Bismarck fundó un seguro de enfermedad para trabajadores en el marco de su batalla cultural contra socialistas y católicos del sur alemán. Esta forma de tender hacia una salud más justa se difundió rápidamente por el mundo, vehiculizada en general por partidos socialdemócratas o socialistas. **Antecedentes más inmediatos y rotundos fueron los sistemas de salud creados por Perón y Carrillo en Argentina en 1946, y por Attlee y Bevan en la Gran Bretaña laborista de 1947:** en ambos casos un sistema universal, gratuito, por derecho de ciudadanía y financiado por las rentas generales del Estado, no por seguros.

> *Los medios hegemónicos de comunicación, casi todos voceros del capitalismo, contribuyen a apuntalar la promesa de bienestar futuro del discurso neoliberal, bienestar que sobrevendría tras la supuesta cura que supone la profundización de ajuste.*

Salud ha sido un tema poco tratado en los libros canónicos de los movimientos antisistémicos al capitalismo de origen marxista. En los hechos, la Revolución Soviética y la Revolución China establecieron un "paquete" de alfabetización, aumento del gasto social, salarización, industrialización, urbanización, en el cual la rápida mejora de los indicadores sanitarios no puede atribuirse con exactitud a los adelantos en el sector; (a comienzos del triunfo nacional de

Click para ir al sumario

la Revolución China, la esperanza de vida nacional aumentaba un año en cada año calendario, hecho récord en la demografía). Lo que ambos países hicieron fue institucionalizar a "submédicos", que podían, con herramientas sencillas, ofrecer atención a poblaciones hasta entonces vírgenes de cuidados y con problemas sanitarios básicos: los "feldshers" en la URSS y los "Médicos Descalzos" en China.

Hace relativamente poco tiempo han surgido experiencias en salud ligadas a un proceso liberador a escala nacional. Uno fue en Cuba, donde los Comités de Defensa de la Revolución, organizados inicialmente para enfrentar a una invasión norteamericana, y que tenían muy buena cobertura e inserción territorial, pasaron muy rápidamente a ofrecer atenciones sanitarias. En Vietnam, cuya guerra de independencia duró de 1945 a 1975, luchando sucesivamente contra los ejércitos imperiales franceses y norteamericanos, se mostraron ejemplos de salud orgánicamente insertos en el gran plan político militar.

El nuevo Ministerio de Salud post Macri, con algunas tareas nuevas

Por todo lo anterior, parece claro que, la muy profesional decisión de bajar el Ministerio de Salud a Secretaría, **es probablemente una idea inducida y seguramente aplaudida por los representantes del capitalismo financiero supranacional - el FMI y el Banco Mundial-** y quizás de alguna agencia de los EE.UU. de la Presidencia Trump, para debilitar en la Argentina la salud universal, inclusiva, mano de obra intensiva, preventivista, no mercantil. Hacer desaparecer al Ministerio de Salud le hace las cosas más fáciles a los mercantilistas de la salud privada, creadora de seguros administrados por los bancos, con listas cerradas de acceso a enfermedades, que si no figuran deben pagar su asistencia con medicamentos mucho más caros de lo que se debería, sumado a la prohibición de que el Estado los fabrique o los compre como genéricos, con institutos docentes como las universidades aranceladas.

Con este nuevo modelo, el representante del área de salud, el Secretario de Salud, está excluido de las reuniones de gabinete. A nivel internacional,

Click para ir al sumario

el daño será aún mayor, cuando en el futuro la Argentina deba defender algunas medidas que irriten al statu quo internacional; **las actuales peleas entre potencias hegemónicas van a dar muy poco espacio para la voz de un país periférico y empobrecido pero que sigue peleando por más justicia social para su población.**

> *Es importante insistir en que el futuro Sistema Nacional de Salud que dependa de un Estado, no sea solo normatizador de actividades sino prestador dominante de ellas.*

En conclusión, en un contexto donde la experiencia neoliberal saqueadora de la presidencia Macri estaría llegando a su fin, **se plantean algunas tareas futuras para el renacido Ministerio de Salud del futuro Estado argentino.** Al ser la salud mano de obra intensiva, es necesario que los trabajadores sean en su mayoría funcionarios del Estado. Un funcionario de este tipo puede estar formado de manera polivalente para que pueda aportar también en tareas que no son específicamente sanitarias, como las catástrofes naturales o de otro tipo. Este es un argumento adicional para insistir en que el futuro Sistema Nacional de Salud que dependa de un Estado, no sea solo normatizador de actividades sino prestador dominante de ellas. **Un millón de estos funcionarios estatales trabajando en la salud argentina pueden ser un elemento estratégico en la medición de correlaciones de fuerza internacionales,** en un momento en que la lucha entre potencias hegemónicas, lucha hasta ahora limitada al comercio, puede ampliarse hacia otros campos.

* José Carlos Escudero es médico sanitarista, profesor emérito y consulto de la Universidad Nacional de Luján y profesor extraordinario consulto de la Universidad Nacional de La Plata.

soberanía
sani
taria

·ATE Santa Fe·
Secretario General: Jorge A. Hoffmann
Secretario General Adjunto: Ricardo M. Delfor
San Luis 2854, Santa Fe, Argentina, CP S3000GBH
0342-455-5557 · www.ate.org

·Fundación Soberanía Sanitaria·
San Martín 448, PB A, CABA, Argentina
CP 1004AAJ011 · 011-4328-9113
www.soberaniasanitaria.org.ar