



SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La integración es el camino

LIC. GERARDO CODINA

IMT
Instituto del Mundo del Trabajo
Julio Godío
UNTREF

Director **Rubén Cortina**

Lic. Gerardo Codina

- Lic. en Psicología egresado de UBA 1982.
- Especialista en Políticas Sociales FLACSO 2001.
- Director de Sistemas de Salud del Instituto del Mundo del Trabajo Julio Godio de la UNTREF.
- Trabaja en el CESAC 39, dependiente del Hospital Penna.
- Desde 1991 miembro del Consejo Editorial de la Asociación Civil, Cultural y Biblioteca Popular Tesis 11.
- Fue Secretario General de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (2017-2019),
- Ex Director Provincial de Coordinación de Consejos Departamentales del Consejo del Menor PBA (2000-2001),
- Ex Coordinador del Presupuesto Participativo de la Ciudad de Buenos Aires (2004-2006). Ex integrante del Gabinete de Asesores del Ministro de Trabajo de la Nación, Dr. Carlos Tomada (2007-2015).

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La integración es el camino

3

- 1. Introducción**
- 2. Fragmentación y eficacia**
- 3. Fortalezas y oportunidades**
- 4. La política que falta**
- 5. El aporte sindical**
- 6. A modo de epílogo**

1. Introducción

4

La inédita crisis sanitaria que atraviesa el mundo a raíz de la pandemia de COVID-19 puso de relieve la significación estratégica de contar con un sistema nacional de salud robusto y eficiente. Además, forzó a trabajar mancomunadamente en nuestro país a todos los actores que lo integran, pese a sus diferentes intereses. Pero la crisis también evidenció las debilidades e inequidades que tiene el sistema sanitario argentino, junto con sus fortalezas y potencialidades. Por último, puso en evidencia que en la emergencia, el garante de última instancia del sistema fue el Estado nacional.

La pandemia dejará una huella profunda en la historia humana, aunque todavía sea temprano para evaluar todas sus consecuencias y por más que no se cumplieron las expectativas optimistas de algunos que, al principio, imaginaban supuestas potencialidades revolucionarias de su incidencia. “No sólo por sus impresionantes efectos económicos, sanitarios y políticos, sino psicológicos. La fuerza con que ha irrumpido en la vida de todas las sociedades, además de provocar pánico, obligar al replanteo de la vida y el trabajo cotidiano, nos ha demandado pensar. Cómo se podría haber evitado, qué hacer ante esto, cómo debería ser en el futuro el mundo, son algunas de las preguntas que atraviesan un debate creciente”, decíamos en un trabajo anterior¹.

“La actual no es la primera, ni será la última pandemia. Tampoco es novedad que un organismo que tiene por huésped habitual a una especie distinta de la nuestra, salte a los humanos y produzca estragos entre nosotros. Los que hemos cambiado fuimos nosotros. O, mejor dicho, nuestras sociedades. Como humanidad hemos precipitado inexorablemente las condiciones de posibilidad de este fenómeno y su veloz expansión por todo el planeta, sin darnos casi tiempo para preparar una respuesta medianamente aceptable”, referíamos también en otro escrito anterior².

Cuando todavía se desconoce el final de esta pesadilla colectiva con la que, duramente, aprendimos a lidiar en apenas dos años y está abierta la pregunta por el rumbo que debe asumir nuestro país para resolver la tarea pendiente de una plena justicia social y un desarrollo sostenible y equilibrado, replantear la organización del sistema nacional de salud puede (y creemos que debe) ser un aporte sustutivo, estratégico, en esa dirección. Las ideas volcadas en estas páginas tratan de ser un aporte más al debate necesario.

¹ Debates actualizados por la pandemia. Democratizar y desmercantilizar el trabajo. Gerardo Codina. Instituto del Mundo del Trabajo Julio Godío de la UNTREF. Mayo 2020.

² Salud y sistema internacional en tiempos de pandemia. COVID-19: Resetear el planeta. Gerardo Codina. Instituto del Mundo del Trabajo Julio Godío de la UNTREF. Mayo 2020.



2. Fragmentación y eficacia³

³ Publicado como capítulo cuarto del libro Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina. Buenos Aires, MT Editores. 2021. El artículo original puede leerse en <https://www.thesis11.org.ar/curar-a-la-salud-fragmentacion-y-eficacia/>

A finales del siglo XIX otra crisis sanitaria, la epidemia de la fiebre amarilla y su dura secuela de muerte, promovió la transformación sanitaria de las ciudades argentinas, además de la relocalización de su trama urbana. Cloacas, redes de agua potable y nuevas estrategias de gestión de los residuos sólidos hicieron su aparición en las décadas subsiguientes, movilizando las ingentes inversiones necesarias para el saneamiento del ambiente urbano y el cuidado de la salud pública. Con ello se ganó en desarrollo y salud.

A un siglo y medio de aquella desgracia que cambió profundamente a nuestra metrópoli, esta crisis también puede ser una oportunidad para resolver los déficits estructurales del sistema sanitario del país y, al mismo tiempo, para fomentar sus fortalezas, potenciándolo como un factor productivo capaz de realizar exportaciones de alto valor agregado.

El diagnóstico de los problemas que presenta es claro. Desde diferentes espacios que analizan críticamente los desempeños del sistema sanitario nacional se concluye rápidamente en algunas consideraciones sobre las dificultades actuales del mismo. Su fragmentación, redundancia e inequidad lo tornan ineficiente desde la perspectiva de la relación entre el volumen de recursos sociales que insume, contrastado con los pobres resultados socio sanitarios que se alcanzan, sobre todo en zonas y con poblaciones especialmente vulneradas en sus derechos.

La exigencia de coordinar los esfuerzos de los diversos subsectores, impuesta “a las patadas” por la emergencia sanitaria, al decir de nuestra Vicepresidenta, bajo la conducción de la autoridad sanitaria nacional y obligando a un redimensionamiento del sistema para atender las mayores demandas de la hora, pusieron al desnudo todas las capacidades y debilidades de la atención sanitaria argentina.

Esta pandemia no sólo dejará una secuela de mayores capacidades instaladas y nuevos desarrollos tecnológicos de factura nacional que deberían continuar su perfeccionamiento y expansión para que el sector se robustezca como entramado productivo y genere un saldo favorable en la balanza de exportaciones, sino que está promoviendo este debate saludable sobre su rediseño; debate necesario e impostergable, habida cuenta de la trágica cuenta de víctimas causadas directa o indirectamente, de sus secuelas en toda la vida social que habrán de perdurar por años y de la amenaza cierta de nuevos flagelos semejantes.

Como objetivos de este rediseño del sistema de salud, entendemos que habrá que encontrar la forma de lograr algunas metas deseables. La principal, es la equidad en el acceso a la salud de todas y todos los argentinos, sin importar dónde viven y cuál sea su ingreso. Desmercantilizar y universalizar el acceso al cuidado de la salud, tiene que ser el principal horizonte de su reorganización. Trataremos en lo que sigue de desplegar los diversos nudos problemáticos que acumuló en su desarrollo histórico la construcción de un sistema nacional de salud complejo, diverso y de enormes

potenciales. Intentamos así promover la reflexión colectiva que alimente su posible recreación, antes que proponer un catálogo de probables soluciones de sus problemas, las que habrán de surgir de las prácticas y de la elaboración de los actores sociales involucrados en la producción de salud.

Fragmentación, inequidad e ineficiencia

“Argentina tiene un sistema de salud segmentado y fragmentado con subsistemas paralelos y mecanismos múltiples y superpuestos de gobernanza, financiamiento y provisión de servicios, lo que se traduce en ineficiencia e inequidad. Esta situación crónica reconocida por todos los sanitarios y referentes del sector, seguramente requiere de una reforma, esto nadie lo discute, pero debe ser motivo de un profundo debate cual es la reforma que se va a emprender. Se requiere un buen diagnóstico técnico del tema y un consenso amplio de todos los actores del sistema”, afirmaba a principios de año el Dr. Schiavone, especialista en salud pública y rector de la UCA.⁴

El panorama descrito por Schiavoni es respaldado por datos oficiales. En 2017, última vez que se realizó el cálculo, el país destinaba un 9,4% de su PBI a gasto en salud, desglosado en un 2,7% corresponde al Gasto Público en Salud (Nación, Provincias y Municipios), el 3,9% al de la Seguridad Social (Obras sociales sindicales, de personal de dirección, estatales como OBsBA, IOMA o PAMI) y 2,8% al Gasto Privado (Empresas de medicina pre paga y gasto de bolsillo)⁵.

Por el lado de los actores estatales que participan del sistema, el carácter federal de nuestro país y la autonomía municipal prevista por nuestro sistema institucional, favorecen la dispersión de acciones, algo que se puso crudamente en evidencia con la politización de medidas de prevención ante el avance de la pandemia. Por otro lado, las reformas neoliberales en el sistema de salud argentino, transfiriendo a la órbita provincial los hospitales públicos nacionales sin los recursos para sostenerlos, se dieron con la reafirmación simultánea del derecho a la salud como garantía constitucional a cargo en última instancia del Estado nacional⁶. Paradoja institucional que promueve la judicialización de las demandas de prestaciones, un recurso que tampoco está al alcance de cualquiera.

Esta dispersión de los actores estatales se potencia con la que expresan los actores de la seguridad social, todos ellos organizados según leyes que establecen contribuciones obligatorias y por lo tanto, bien vistos, actores públicos de gestión no estatal. De acuerdo a las estadísticas de la Superintendencia de Servicios de Salud en el país existían a julio de 2011, 287 obras sociales sindicales que atendían a 12.355.765 afiliados. Las de personal de dirección aportaban otros 1.038.651

4 Miguel Angel Schiavone. Médico, especialista en salud pública y rector de la Universidad Católica Argentina (UCA). *Ineficiencia, inequidad y escasos recursos exigen una reforma del sector de la salud en Argentina*, artículo de opinión publicado en el periódico El Economista el 15 de enero de 2021.

5 <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017#:~:text=Del%20total%20del%209%2C4,%2C8%25%20al%20Gasto%20Privado>.

6 Chiara, Magdalena. (2018) <http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/Publicaciones/La-salud-gobernada.pdf>

afiliados y el PAMI declaraba 4.131.060 beneficiarios. Los monotributistas ascendían a 874.204 y el personal de servicio doméstico registrado era de 179.472 contribuyentes. Sumando a estas primeras, las obras sociales por empresa, estatales, por convenio o por adhesión, el sistema registra 18.711.351 afiliados, un crecimiento considerable con relación a los 15.514.299 afiliados contabilizados por la Superintendencia en 2005.

La contracara de esta dispersión de los subsistemas estatales y de la seguridad social, la presenta el subsistema de medicina prepaga. Dice Schiavone “El subsector de la medicina prepaga (EMP) cubre al 14% de la población (6,3 millones de personas) siendo uno de los más concentrados de la economía argentina: cinco empresas embolsan el 75% de la facturación. El 40% de los afiliados paga sus cuotas directamente y el 60% restante son “desregulados” de las obras sociales con planes superadores.” Esta concentración también explica la capacidad de cabildeo que acumula el sector y que se expresa en su protagonismo mediático.

La privatización del acceso a la salud se refuerza por otra vía. Muchas prestaciones de obras sociales sindicales, de personal de dirección o estatales, son contratadas con clínicas y sanatorios privados cuando no es toda la actividad asistencial directamente gerenciada por una empresa privada. Esto convierte a numerosas obras sociales en meros financiadores de empresas de la salud.

Por lo demás, el menor peso relativo del gasto público directo en el conjunto que se invierte, muestra la inequidad del sistema, en especial si se tiene en cuenta el elevado porcentual de informalidad de la población económicamente activa de nuestro país (cerca del 50% del total, sumando los asalariados sin aportes previsionales y los no asalariados cuentapropistas y trabajadores familiares⁷, según el informe técnico publicado por el INDEC el 24 de junio pasado). Esta población mayoritariamente depende del sistema público de salud, en especial en las zonas de mayor pobreza y desigualdad social de la geografía argentina.

La fragmentación descrita impacta en la eficiencia. Pese a un gasto total ingente, el sistema muestra falencias en sus rendimientos. En este punto es importante aclarar que no existe un consenso claro acerca de cómo medir la eficiencia de un sistema sanitario. Sin embargo, se entiende que cuanto mejores son las tasas de morbilidad y mortalidad, tanto infantil como materna, mejor es la calidad del sistema. Específicamente, se utilizan estos indicadores porque, según la comunidad médica, nacer y dar a luz son acciones que dependen menos de las conductas posteriores del individuo (hábitos como tabaquismo, alimentación, etcétera), que de la atención médica recibida.

Así, pese a que Argentina tuvo en 2007 el gasto per cápita más alto de América latina en salud (US\$ 663 per cápita), mantuvo una tasa de mortalidad infantil de menores de cinco años del 16 por mil, que llegó a superar a la de algunos países limítrofes que gastan menos, como Chile y Uruguay. Algo

similar sucedió con la tasa de mortalidad materna, estimada en la Argentina en 77 casos por cada 100 mil nacidos vivos. Mientras que en Chile y Uruguay esa cifra fue en 2007 de 16 y 20 casos, respectivamente.

Los otros actores

Este recorrido por la realidad del sector salud argentino oculta un actor que también debe ser incorporado al análisis. Se trata del Sistema de Riesgos de Trabajo, organizado para prevenir la ocurrencia y las consecuencias de eventos dañinos para la salud de las personas en los ambientes laborales, donde los adultos trascorrimos no menos de un tercio de nuestra existencia diaria.

Al igual que la empresas de medicina pre paga, las aseguradoras de riesgos de trabajo son compañías privadas, que sólo cubren al sector formal de la economía. Brindan cobertura a los empleadores en cuanto a sus responsabilidades emergentes por accidentes y daños que pudieran producirse en ocasión de o por la actividad laboral que desempeñan las personas que se encuentran contratadas con ese fin.

Pero en los hechos, muchas de las consecuencias sobre la salud de los trabajadores de las formas en que se trabaja, terminan recayendo en la atención de las obras sociales sindicales, pues no existe una práctica generalizada de prevención ni de gestión y diagnóstico anticipatorio de los riesgos para reducirlos. Esto es debido a que la razón de ser del sector financiero, del que las empresas de seguros forman parte, no radica en la promoción de la salud, sino de las propias ganancias. La actual iniciativa en debate que promueve la creación de comisiones mixtas de seguridad e higiene en las empresas y organismos en los que trabajen más de cien personas, generará condiciones --con la participación de los trabajadores-- para avanzar sobre la prevención y la promoción de la salud en los lugares de trabajo⁸.

Con el esquema conceptual de reducir el sistema de salud a tres subsectores diferenciados por el origen de sus recursos, también quedan por fuera otras áreas que se solapan con cuestiones de seguridad o de políticas sociales. Por caso la respuesta social a las problemáticas de abusos de sustancias o la atención de personas con capacidades diferentes. De la primera se ocupa en el estado nacional una secretaría de políticas integrales sobre drogas, que genera en territorio dispositivos locales llamados Centros de Atención y Acompañamiento Comunitario orientados al cuidado de quienes padecen problemas de consumo abusivo. En tanto que del Ministerio de Salud de la Nación depende el único hospital monovalente nacional de la ciudad de Buenos Aires, el Laura Bonaparte, especializado en salud mental y adicciones. En su propia descripción denuncia la pertinencia de la problemática de los consumos abusivos al campo de la salud mental, aunque institucionalmente se encuentre por fuera del mismo.

Para atender la problemática específica de una extensa porción de la población, se ha creado la Agencia Nacional de Discapacidad, que articula todo un conjunto de prestaciones, organismos y asociaciones civiles que tampoco suelen considerarse a la hora de pensar en el sistema de salud, aunque muchas de sus servicios se vehiculizan por medio de las obras sociales y en su esencia configuren tareas de prevención terciaria.

Otros actores relevantes del sistema, que sí se visualizan como parte del mismo pero están dispersos, son todos los profesionales de la salud que ejercen en forma liberal, desde los farmacéuticos hasta los enfermeros, pasando por psicólogos y médicos. En gran medida, para ninguno de ellos se trata de una actividad exclusiva, sino complementaria de otras, en relación de dependencia o como monotributistas proveedores de servicios de obras sociales o pre pagas. Es una de las formas en la que se expresa el multiempleo y la precarización del personal de salud, dos circunstancias que, en tiempos de pandemia potenciaron la exposición al riesgo de los trabajadores, tanto a nivel psicológico como somático, al tiempo que los convirtió en vectores de la trasmisión comunitaria del virus. La sobre carga laboral, el escaso tiempo de descanso, la incertidumbre en relación a los ingresos mensuales, la falta de protección social de las relaciones laborales así pactadas y la mayor exposición al riesgo de contagio, se cobraron muchísimas vidas y un alto precio en sufrimiento de la mayoría expuesta, en especial en los primeros momentos de la pandemia, en los que aún se conocía poco sobre cómo resguardarse y además, había una carencia generalizada de elementos de protección personal.

Más allá de las consideraciones sobre el impacto de esas condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores de la salud, hay otro elemento que destacar. Se trata del hecho que la actividad liberal parcial coexiste con relaciones de dependencia múltiples, con efectores de los diferentes subsistemas y, como correlato, con diversos marcos contractuales y diferentes remuneraciones. Igual salario por igual trabajo, es una quimera que no se plasma en la realidad cotidiana del personal de salud, que sale y entra de diferentes lugares de trabajo a lo largo de extensas jornadas, tratando de redondear un ingreso digno.

Las otras fragmentaciones

Si a nivel macro la existencia de tres subsistemas genera un primer efecto de dispersión de las energías sociales puestas al servicio de promover la salud y el bienestar comunitario, internamente la lógica de funcionamiento de cada uno de ellos tiende a amplificar la fragmentación. Esto es así porque las personas no están en el centro del mismo, sino las enfermedades o padecimientos, cada uno de ellos con sus especialistas, sus formas de abordaje y conceptualización.

A nivel de la atención privada tienden a estandarizarse las modalidades de intervención en base a protocolos, que sistematizan las “buenas prácticas” reconocidas por la comunidad profesional y protegen del riesgo de incurrir en acciones que puedan reclamarse como “mala praxis” en sede

judicial. Pero que, a su vez, pierden de vista la singularidad del consultante y de las circunstancias de su existencia social.

El tratamiento aislado de las diversas dolencias y las prácticas estandarizadas depositan en el consultante la tarea de reintegrar su unidad de persona suficiente, con sus recursos culturales y fantasías, ahora expandidas por efecto de la autoconsulta con el Dr. Google. Además pocas veces la restitución de la unidad existencial del consultante incluye su dimensión deseante. Y, en ocasiones, las mismas prácticas psicológicas se fragmentan del proceso continuo de salud enfermedad de la persona que consulta, como otra especialidad más de la medicina hegemónica. Esto es más grave cuando se trata de sujetos cuyos padecimientos mentales implican la dificultad de restablecer su unidad yoica, ya que la fragmentación de las prácticas asistenciales hace coro con la personalidad del consultante, en vez de asistirlo en la tarea de superarla.

Lo hasta aquí consignado trató de dar cuenta sumaria de las distintas fragmentaciones que atraviesan un sistema que fue masivamente interpelado por la pandemia, en todos sus niveles, especialidades y localizaciones. Resituar su unidad deseable, más allá de la coyuntura de la emergencia sanitaria y volver a posicionarlo como uno de los ejes del desarrollo democrático y con justicia social para las mayorías, es la tarea que queda por delante.

3. Fortalezas y oportunidades⁹

13



⁹ Una primera versión de este capítulo fue publicada con el título “Con la salud no se juega” en la edición especial del 22 de noviembre de 2021 del portal Motor Económico, dirigido por Raúl Dellatorre, realizada con motivo de su cuarto aniversario. <http://sd-1067225-h00004.ferozo.net/Salud/con-la-salud-no-se-juega>

La experiencia de afrontar la pandemia, al tiempo que desnudó las debilidades del sistema de salud argentino, mostró su potencial y las capacidades adquiridas, que permitieron responder en forma robusta al desafío inédito. La calidad profesional y la abnegación de los integrantes de los equipos de salud, puesta a prueba sobre todo en las primeras instancias en las que la carencia de conocimientos implicaba un mayor riesgo de vida, se encuentra entre las más destacadas. Pero no es la única.

En el apartado anterior pusimos foco en el carácter fragmentado del sistema, lo que deteriora su eficiencia sanitaria, en especial en términos de equidad. Veamos ahora lo que se pueden señalar legítimamente como sus fortalezas. Aquello desde lo que se pudo afirmar una respuesta colectiva a la altura del desafío sanitario impuesto por la pandemia y que debe aquilatarse como el basamento sobre el que se puede construir el sistema de salud que necesitamos.

Mencionábamos en la introducción a la calidad profesional y la abnegación de los integrantes de los equipos de salud. ¿En qué se evidenció, más allá de la presencia obvia en la primera línea de atención a los afectados? Como en muchos otros países, en la búsqueda creativa y persistente de mejores respuestas terapéuticas, pero aferrándose al método científico y en consulta permanente con colegas de todas partes del mundo. Pensar metódicamente, recolectar evidencia, elaborar con otros e intercambiar resultados, acortó los tiempos de aprendizajes de todos.

La pandemia visibilizó la tarea científica e incorporó a decenas de miles a su dinámica productiva. Muchas veces trabajando sin descanso, semanas tras semanas, en los laboratorios, en las salas de atención, frente a las computadoras. Por supuesto, esa reacción fue movilizada por la magnitud del problema que se afrontaba. La emergencia disparó en todos la necesidad de entender, de aprender, de encontrar respuestas. Muchas resultaron originales, aunque luego fueron superadas por otras mejores. Todas quedarán como parte de lo capitalizado socialmente. Esta fortaleza anímica y técnica es para preservar y acrecentar.

La apelación a la evidencia como fundamento de la política pública fue otro logro, más allá de que con el tiempo y sumido el país en una feroz disputa política, se pretendiera demolerla con el recurso de amplificar en los medios de comunicación masivos el pensamiento mágico de renegación de la realidad¹⁰.

Que las sociedades científicas especializadas estén involucradas institucionalmente en instancias con la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn)¹¹ o en la Comisión Nacional de Seguridad

¹⁰ El rol de los medios de comunicación masivos en la desinformación intencionada de la población para promover conductas de riesgo merece un análisis pormenorizado. La libertad de expresión no puede ser usada como coartada para atentar contra el bien común. Por lo demás y en general, mentir deliberadamente, con el propósito de producir conmoción social, no puede asimilarse a ejercer un derecho.

¹¹ “La Comisión Nacional de Inmunización (CoNaIn) es un organismo técnico que asesora a las autoridades nacionales y a los definidores de políticas para tomar decisiones sobre aspectos relacionados con la inmunización basados en la evidencia y/o

en Vacunas (CoNaSeVa), junto a los decisores políticos nacionales, en el proceso de determinar la oportunidad y la necesidad de adoptar una nueva vacuna, es una fortaleza no sólo del sistema nacional de salud, sino del conjunto de la política pública.

Esto se evidenció en la confianza social en el recurso terapéutico. Y tiene una propia historia. El recorrido de aprendizaje colectivo realizado por nuestra sociedad desde las campañas de inmunización contra la poliomielitis¹², la continuidad de una política de calendario nacional obligatorio de vacunaciones a cargo del Estado nacional a lo largo de más de sesenta años y su ampliación durante los gobiernos de Néstor Kirchner y Cristina Fernández, posibilitaron realizar con éxito la más amplia campaña de vacunación voluntaria de la que tengamos memoria, con índices de adhesión en la población que se encuentran entre los más altos del mundo. Adhesión alcanzada pese a la persistente campaña anti vacunas de una oposición política que apostó al suicidio colectivo como recurso para erosionar la autoridad de sus oponentes.

Otras dos instituciones públicas nacionales estuvieron en la mira de toda una sociedad angustiada. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) “Dr. Carlos Malbrán”, destacaron por ser puentes de certidumbre en los momentos más difíciles. Los argentinos de a pie nos vinimos a enterar, en el fárrago de malas noticias, de la alta valoración técnica internacional de las capacidades de los especialistas de la ANMAT. Su rol, junto a la CoNaIn, de respaldo técnico a las autoridades nacionales, en el proceso de adquisición y aprobación para el uso de los inmunizantes de diferentes procedencias y formulaciones que formaron parte de la enorme campaña de vacunación desplegada, fue central.

La excelencia del Malbrán era más popular y, de alguna manera, se descontaba. No la capacidad estatal para multiplicarlo, trabajando articuladamente con otras instituciones nacionales, provinciales, universitarias y de la seguridad social. Así, en poco tiempo pasó de ser el único laboratorio argentino con capacidad para diagnosticar COVID, al inicio de la pandemia, a encabezar una trama de más de 1.400 establecimientos capaces de procesar muestras, distribuidos en todo el país¹³. Ello no sólo implicó dotar de equipamiento, sino transferir conocimientos y unificar procedimientos a una red de carácter federal que abarcó todas las regiones argentinas. El tejido en tiempo record de esa red sirvió para poder responder mejor al desafío de la pandemia, pero queda como una capa-

en la epidemiología local”, así se define al organismo en el sitio oficial del gobierno <https://www.argentina.gob.ar/salud/inmoprevenibles/conain> . La integran, entre otras personas, representantes de las siguientes sociedades profesionales y científicas: Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Infectología, Asociación Argentina de Microbiología, Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología y Federación Argentina de Enfermería.

12 Durante la epidemia de 1956 se enfrentó el brote con la vacunación generalizada de los niños con el nuevo antídoto desarrollado por el Dr. Jonas Salk en Estados Unidos. https://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12/HyP_Aguero21.pdf

13 Según datos oficiales del gobierno argentino publicados el 13 de febrero de 2021. Ver <https://www.argentina.gob.ar/noticias/expansion-del-sistema-publico-de-salud-garantizo-la-atencion-de-toda-la-poblacion-durante>

cidada instalada frente a otros fenómenos similares. También hay que decir que este caso es citado a modo de ejemplo, pero hay otros.

Si bien la reacción ante la pandemia movilizó todos los recursos disponibles en los diferentes subsectores del sistema nacional de salud, fue el subsector público estatal el que realizó el grueso del crecimiento. Esa expansión de la capacidad de respuesta del sector público se evidencia en un par de datos contenidos en el mismo informe oficial citado antes. “Se brindó atención oportuna a toda la población gracias a la ampliación del sector público, el cual realizó el 66% de todos los diagnósticos COVID-19 del país. A su vez, el 60% de las personas que se internaron por COVID-19 en el sistema público tiene obra social o prepaga.”¹⁴

La capacidad de reacción del Estado nacional es otra fortaleza que quedó en evidencia en el afrontamiento de este reto mayúsculo. Además, el refuerzo de la intervención estatal nacional es una demanda de todos los actores del sistema de salud hacia adelante, para asegurar igualdad de acceso a todos los habitantes del país.

16

También es la economía

Es claro que cuidar la salud es algo importante. Más, en tiempos de pandemia. También se sabe que está fuertemente interrelacionada con la ciencia. De hecho, que la expectativa de vida de las personas se haya más que duplicado en un siglo y medio, tiene mucho que ver con todo lo aprendido sobre el cuidado de la salud, la mejora en la producción de alimentos y en la misma alimentación de la mayoría de las personas.

Lo que no es tan evidente es que también se trata de un sector importante de la economía. No sólo porque en él trabaja mucha gente y moviliza muchos recursos, sino porque requiere de un enorme conjunto de suministros que son provistos por diferentes industrias, entre ellas la farmacéutica.

Si la pandemia ha tenido un lado positivo fue también poner en evidencia las fortalezas nacionales en investigación científica y en producción de insumos para la atención de la salud. La calidad profesional y humana de nuestros trabajadores de la salud se descontaba, no que tuviésemos capacidad de autoabastecernos de casi todo lo requerido en la emergencia. Y con desarrollos propios en algunos casos.

Con ampliación de la escala de elaboración, reconversión de actividades existentes¹⁵ o inicio de nuevas, en seis meses del año 2020 el país logró fabricar 67 productos considerados esenciales por nuestras autoridades sanitarias. Y esa producción local satisface el 90 % de la demanda¹⁶.

14 Ídem anterior.

15 <https://www.pagina12.com.ar/265049-el-aporte-industrial-en-la-pandemia>

16 <https://www.pagina12.com.ar/290959-argentina-ya-produce-9-de-cada-10-insumos-esenciales-para-co>

Esto se logró con una fuerte articulación público - privada y la movilización de muchos recursos del Estado. El camino está ahora abierto como resultado virtuoso de la emergencia. Se trata de sostenerlo y ampliarlo en el tiempo con un plan de desarrollo de mediano y largo plazo.

El lado bueno de la historia es que Argentina en poco tiempo pudo organizarse para abastecerse de gran parte de los insumos requeridos pero, por algunos de valor crucial, como las vacunas, tuvimos que esperar a que los proveedores estuviesen disponibles para abastecernos. Construir soberanía sanitaria no es un objetivo intrascendente, por lo que se ve.

Entonces que estemos participando de la producción de dos inmunizantes y hayamos sido seleccionados por la OPS para transferirnos la tecnología para producir otros con la plataforma de ARN mensajero, son datos alicientes y demuestran la calidad de nuestro entramado productivo sanitario. Pero mejor es que estemos a punto de comenzar con las pruebas clínicas de nuestros propios antídotos¹⁷.

Esta es una capacidad que la mayoría de los países no tiene y que podemos potenciar. Nuestra tradición científica en la materia es sólida. De los cinco latinoamericanos que recibieron un Nobel en ciencia, tres han sido argentinos. Y trabajaron en áreas relacionadas con la salud¹⁸.

Producir acá implica ahorrar divisas que no sobran. Pero además abre la oportunidad de exportar. Ya lo hace el sector. Menos de lo requerido para equilibrar las cuentas con lo que se importa, pero existe allí un espacio para insertarnos en la economía global más allá de los commodities y más cercana a la economía del conocimiento¹⁹. Tiene que ver con el bien ganado prestigio de nuestro sistema de salud, de nuestros científicos y de nuestras universidades. Que por esa misma razón son elegidas por muchos latinoamericanos para formarse²⁰.

Una herramienta para conformar un complejo industrial sanitario capaz de resultar competitivo a nivel global reside en el poder de compra del Estado, no sólo para el subsistema de salud público, sino a través de las mayores obras sociales, que también son estatales. Esas compras, bien orientadas a promover la mejora permanente de los productos y asegurando la escala de su producción, pueden posibilitar que las empresas se especialicen y desarrollen músculos para exportar. Para ello,

17 <https://www.argentina.gob.ar/noticias/nuevos-financiamientos-para-el-diseno-de-vacunas-argentinas-contra-la-covid-19#:~:text=Los%20proyectos%20adjudicados%20son%3A%20E2%80%9CDesarrollo,000>.

18 Ellos son el Dr. Bernardo Houssay, Premio Nobel de Medicina 1947; el Dr. Luis Federico Leloir, Premio Nobel de Química 1970 y el Dr. César Milstein, Premio Nobel de Medicina 1984. <https://www.fmed.uba.ar/la-facultad/premios-nobel>

19 Ver file:///C:/Users/DISE%C3%91O/Downloads/Libro_CAEME_DIGITAL_compressed_compressed.pdf

20 La exportación de servicios, como la formación superior o las prestaciones de salud, son otra actividad económica relevante cuyo potencial está lejos de haberse alcanzado. La telemedicina se ha incorporado como herramienta tanto para lograr mayor acceso interno a la alta calificación profesional, como para atender un mercado regional y mundial requerido de prestaciones de vanguardia.

se debe robustecer el rol del ANMAT y su articulación con el INTI, además de la cooperación con el sistema de ciencia y técnica.

No se trata de fantasías trasnochadas. Argentina ya exporta medicamentos. Entre otros destinos, a China, Francia y Estados Unidos, además de cubrir el 10% del mercado latinoamericano. El grueso de esas exportaciones es de laboratorios nacionales, que ocupan la mayor porción de los requerimientos domésticos. Por otro lado, Tecme, la empresa cordobesa fabricante de respiradores mecánicos, los exporta a más de 50 países del mundo. En este caso, en base a un desarrollo propio. Son sólo algunos ejemplos.

No hay que olvidar que la biotecnología es una de las fuerzas impulsoras de la cuarta revolución industrial en curso en el mundo. Para desarrollarse requiere de una sólida investigación básica en biología y el concurso de otras disciplinas como la química. No sólo importa para la salud humana, sino también para la salud animal y la producción de alimentos.

En esos tres campos tenemos desarrollos de avanzada, que podemos potenciar. Contamos además con instituciones públicas maduras para el desafío y empresas con capacidad de innovación. La pandemia vino a mostrarnos a esos planetas alineados. Y que la salud es algo que hay que tomarse muy en serio. Sigamos ese camino.

4. La política que falta

A photograph of a classroom during the COVID-19 pandemic. In the foreground, a young boy with dark curly hair, wearing a blue plaid shirt, sits at a desk with an open book. He is wearing a light blue surgical mask. A woman with long blonde hair, wearing a grey sweater and a white surgical mask, stands behind him, holding a small bottle of hand sanitizer and spraying it onto his hands. Another student with long brown hair, wearing a red and white striped shirt and a white mask, is visible in the background, also at a desk. The room has large windows in the background.

19

La pandemia tuvo y tiene muchos efectos. Uno de ellos, las consecuencias emocionales que dejó en todas las personas. En quienes tuvieron que trabajar expuestos, en los que se debieron resguardar aislados en sus casas e improvisarse teletrabajando, en los que sufrieron la pérdida de un ser querido o en los que se quedaron sin trabajo. No sólo estuvo un virus circulando. También mucha angustia, mucho miedo y mucho dolor. Para todo eso no hubo respuesta desde el sistema de salud o no fue suficiente.

Las circunstancias excepcionales vividas, que nos atravesaron a todos y todas, rearmando de prepolar la cotidianeidad, dejaron sembrada en tierra fértil la necesidad de repensar el sector sanitario nacional. Superada en gran medida la emergencia, se impone la reflexión profunda y multidimensional sobre lo realizado, sus fortalezas y carencias, para poder aprovecharlo como una oportunidad para su mejoramiento. Abordaremos en este texto el capítulo referido a la salud mental.

Atender la salud comunitaria no se limita a contar con una buena dotación de ambulancias, que haya fácil acceso a la consulta de un profesional o que el que requiera internarse tenga dónde hacerlo. La salud es mucho más que atender problemas puntuales y también debe incluir la dimensión emocional, deseante, de sujetos siempre implicados en comunidades en las que se sitúa su proceso de salud-enfermedad.

20

En un contexto como el creado por la pandemia, en la que la primera medida de resguardo de la salud fue el aislamiento social obligatorio, el sistema de salud priorizó las medidas de prevención bio sanitarias y no puso idéntico énfasis en la respuesta de acompañamiento de la población angustiada, aislada y temerosa por una amenaza real catastrófica, que implica riesgo cierto de muerte y de la que poco se sabía.

La distancia impuesta con los demás, en la que medida que todos pasamos a ser posibles portadores de mal mortífero, sin cura en ese momento, implicó el alto costo emocional de la soledad impuesta y de que los otros adquirieran una dimensión amenazante de la que teníamos que huir o debíamos neutralizar mediante complicados ritos obsesivos de desinfección. Cuidarnos se convirtió en sinónimo de fobia social, ausencia de besos y abrazos, cancelación de momentos compartidos, de mateadas, de viajes y encuentros.

Para quienes compartían el hogar con otros, la resistencia era grupal y la vigilancia conjunta, lo que implicó modificar conductas también o sobre todo para proteger al más débil, en este caso las y los viejos. Para los que vivían solos²¹, la única sociabilidad posible fue a través de las pantallas o el teléfono, lo que implicó para muchos, por caso pero no solo, la cancelación de las relaciones

²¹ “Según la Encuesta Anual de Hogares (EAH) las viviendas unipersonales representaban hacia el año 2018 el 35.7 por ciento de los hogares en la Ciudad de Buenos Aires. Para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) la cifra desciende al 34.1 por ciento.” <https://www.conicet.gov.ar/una-investigacion-caracteriza-a-las-personas-que-viven-solas-en-caba-quienes-son-y-como-los-afecta-la-pandemia/>

sexuales, su reducción a la virtualidad compartida o asumirlas como una aventura de riesgo. Lo mismo para las y los adolescentes que convivían con sus padres, justo en una etapa vital en la que los encuentros eróticos son un requerimiento urgente.

No atender suficientemente esta dimensión de la pandemia, el sufrimiento psíquico generado por cada una de las situaciones por las que atravesamos como comunidad, desde la zozobra inicial compartida, hasta el hastío y la imposibilidad de renunciar durante mucho tiempo a aspectos significativos de la vida social de cada persona, creó condiciones para su posterior politización perversa y la generación de climas hostiles al gobierno, responsabilizado de todos los males por un sistema de medios masivos de comunicación que opera como un verdadero contrapoder.

En esa breve enumeración que adelantamos líneas arriba no entran otras razones de angustia, también incrementadas en la situación de pandemia, como la violencia doméstica o de género, las crisis de pareja o los duelos que no se pudieron compartir para poder tramitarlos; duelos de muertes que se conocían a distancia y que trascurrieron en el despersonalizado aislamiento de los centros asistenciales. La pandemia también ha dejado una secuela post covid en la salud mental de la población²², según se empieza a verificar en estudios epidemiológicos.

Todo eso se potenció en la emergencia porque el aislamiento social forzó convivencias prolongadas en espacios reducidos y no pensados para soportar esos nuevos usos como lugares de trabajo, ocio y vivienda. Un efecto no menor fue el incremento en el uso de psicofármacos²³, uno de los consumos problemáticos, junto al de alcohol y otras drogas, que más invalidan el bienestar general de las personas que son tomados por ellos. Consumos a los que muchas personas recurren cuando se ven desbordadas por emociones que no pueden gestionar.

El exitoso desempeño en el refuerzo de las capacidades operativas del sistema de salud para atender la emergencia en sus dimensiones biológicas primero y, luego, en la adquisición y distribución federal homogénea de los antídotos disponibles en el mundo, no fue acompañado por una gestión comunicacional y psicosocial adecuada de la crisis, que atendiera el enorme compromiso afectivo que suponía la misma para todos.

Así, el mismo entendimiento de que una epidemia es una circunstancia que se atraviesa colecti-

22 <https://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-pandemia-triplica-numero-trastornos-mentales-ninos-alerta-save-the-children-20211214122244.html> “El impacto de la pandemia del coronavirus ha triplicado el número de trastornos mentales que padecen los niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 14 años en España, según ha alertado este martes (14 de diciembre) Save the Children”.

23 <https://www.infobae.com/america/ciencia-america/2021/10/05/el-consumo-de-psicofarmacos-en-argentina-aumento-4-veces-mas-que-los-medicamentos-en-general-debido-a-la-pandemia/>

vamente y que pone en cuestión las interrelaciones mutuas de las personas, se daba por supuesto cuando como sociedad hace décadas que soportamos la persistente predica del individualismo más extremo en nombre de la libertad y la promoción de la más completa desregulación de la vida social. Y, por supuesto, al ignorarla, se tropezó con esa piedra.

El impacto emocional de la pandemia multiplicó la demanda de acompañamiento y contención. En la emergencia surgieron respuestas desde la iniciativa comunitaria, como la que protagonizamos desde la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires²⁴, que fueron estimuladas y capacitadas por acciones de los equipos de Salud Mental de los ministerios de Salud, con diferentes desempeños según cada jurisdicción, pero sin una articulación suficiente que las potencie.

Entre tanto, los equipos de salud mental del sistema público de salud afrontaron la necesidad de contener y acompañar a los mismos trabajadores del sistema, a sus pacientes y a quienes eran víctimas del COVID. Tres objetivos repentinos que colmaron su capacidad de respuesta.

Estas acciones focalizadas sucedieron en paralelo a la ausencia de iniciativas para atender la salud mental del conjunto de la población, más allá de la demanda explícita, ni antes ni después de superadas las fases más agudas de la crisis sanitaria. Por eso afirmamos que salud mental comunitaria es la política de salud que todavía falta.

Incidencia de los trastornos y la respuesta existente

Esta falta de una política de salud mental comunitaria se evidenció ahora, pero es de larga data. Un par de datos lo ilustra. Según datos oficiales, en la Carrera Profesional Hospitalaria había este año en la ciudad de Buenos Aires, acaso el distrito mejor dotado del país en cantidad de recursos aplicados a la salud, 19.558 profesionales trabajando en los diferentes niveles de responsabilidad. Sólo 1200 de ellos, profesionales de la psicología.

La desproporción resalta si se tiene en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un tercio de la población mundial atraviesa en algún momento de su vida un trastorno de salud mental. Claro que también trabajan psiquiatras en el sistema, pero en un número menor y fundamentalmente para sostener los tratamientos farmacológicos con los que se tratan algunos de los padecimientos mentales.

Otro dato en el mismo sentido refuerza esta apreciación. Pese a que también entre nosotros se corrobora que uno de cada tres argentinos mayores de 18 años presentó un trastorno de salud

24 <http://psicologos.org.ar/apba-acompana-una-respuesta-solidaria-ante-la-pandemia/>
<http://psicologos.org.ar/el-gambito-de-apba-o-sobre-una-muy-interesante-experiencia-institucional/>

mental en algún momento de su vida²⁵ y a que es sabido que estos aumentan el riesgo de otras enfermedades que, en conjunto, son hoy la principal causa de muerte²⁶ y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales²⁷, **el gasto en salud mental no excede el dos por ciento del total²⁸ del gasto en salud en el país.**

Impacta todavía más si se considera que, también de acuerdo a la OMS, la principal causa de muerte en los países de desarrollo medio o alto son las enfermedades no transmisibles, es decir, las que no se contagian. Casi todas ellas se relacionan altamente con conductas no saludables de las personas, muchas inducidas por el mismo sistema de comercialización de bienes y servicios²⁹.

Así lo afirma la filial argentina de la Fundación InterAmericana del Corazón: “El consumo de tabaco, la alimentación inapropiada, el consumo problemático de alcohol y la falta de actividad física son los principales determinantes de las enfermedades no transmisibles (ENTs) y, en especial, incrementan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares. Estas enfermedades constituyen la primera causa de muerte en la Argentina y en la mayoría de los países del mundo.”³⁰

La prevalencia de la morbilidad mental en la población y su estrecha interrelación con las principales causas de muerte actuales, hace presumir que la generalización de dispositivos de promoción y cuidado de la salud mental comunitaria redundaría en un mejoramiento de la salud colectiva y por lo tanto en una disminución de tratamientos médicos prolongados, costosos por sí mismos y por los fármacos que implican. Sin embargo, no conocemos estudios que corroboren esta presunción y esa vacancia resulta funcional a una lógica de la salud como mercado de grandes conglomerados farmacéuticos internacionales.

El sistema de salud, por otra parte, también ha sido permeable a la difusión de criterios de gestión empresarial, modelados en las últimas cinco décadas por la perspectiva neoliberal, aquí y en la mayor

25 <https://www.favaloro.edu.ar/salud-mental-uno-de-cada-tres-argentinos-sufre-algun-trastorno/>. El mismo dato, pero surgido del “Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina”, realizado en 2010 por el equipo coordinado por el Dr. Juan Carlos Stagnaro, fue publicado en la Revista Argentina de Psiquiatría en 2018.

26 “Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo.(...) El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT.” <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases>

27 <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

28 <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/gasto-en-servicios-de-salud-mental-estudio-en-un-grupo-de-paises-y-comparacion-con-el-caso-argentino/>

29 El debate de la ley de etiquetado frontal en Argentina lo evidenció. <https://www.ambito.com/informacion-general/diputados/aprobo-la-ley-etiquetado-frontal-alimentos-n5305432>

30 <https://www.ficargentina.org/informacion/enfermedades-no-transmisibles-ent/>

parte del planeta. La gerencia neoliberal introduce como metro patrón de la calidad de un sistema la eficiencia en el gasto, basado en criterios cuantitativos. Pero, ¿qué es eficiente en la salud colectiva? Los decisores del sistema, en su abrumadora mayoría con una formación básica en medicina, tienden a pensar las prestaciones del campo psi como ineficientes, en tanto insumen mucho recurso humano calificado por largo tiempo para cubrir número limitado de pacientes.

En efecto, con escaso o nulo uso de los dispositivos grupales de atención psicológica, reducidas casi todas las prestaciones a la atención individual, un número crecido de profesionales psi atiende muchos menos pacientes al año que cualquier otra especialidad del campo de las salud.

Cantidad no es calidad, por cierto, y queda por investigar si tratamientos psicológicos adecuados redundan o no en una disminución de los requerimientos de otras prestaciones de salud, porque ayudan a las personas a modificar las conductas que dañan su organismo.

Pero está claro que la atención psicológica no requiere de estudios diagnósticos complementarios, ni de análisis clínicos o aparatoología costosa, todo lo cual incrementa verticalmente el gasto en salud y suele considerarse por fuera de la ecuación de prestaciones por profesional.

24

El gasto en salud mental

En el nuevo Plan Nacional de Salud Mental, presentado a fines de 2021, se consigna lo determinado por la “Ley Nacional Nº 26.657, Artículo 32: “En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio”.³¹ Sin embargo, no se incluye ese objetivo entre las metas a alcanzar en los próximos cuatro años, pese a que la ley tiene once años de sancionada³².

Por otro lado, de alcanzarse en cuatro años el objetivo de que las partidas afectadas a salud mental lleguen al 10 por ciento del gasto en salud, sería un fuerte incremento que quintuplicaría el gasto actual. Pero así y todo, ese esfuerzo no pareciera estar a la altura de lo requerido.

Gran parte de esa demanda no satisfecha por el sistema público de atención en salud mental es canalizada por las obras sociales y pre pagas, por un lado, y por la práctica profesional privada, por el otro. Ambas modalidades tienen amplia representación en el país, aunque la pandemia puso en

31 Plan Nacional de Salud Mental 2021 – 2025, página 34.

32 Tres años se demoró la reglamentación. Luego el proceso de implementación iniciado en 2013 se interrumpió y revirtió en gran medida durante la gestión del macrismo. En tanto que la actual gestión tuvo que estrenarse afrontando una epidemia de sarampión que puso en evidencia el desmanejo sanitario de sus predecesores y, a poco de andar, con la novedad absoluta de una pandemia como nunca antes.

crisis las prestaciones en salud mental de las obras sociales, que llegaron a dejar de brindarlas o a que, en un primer momento, no reconocieron como tales las prestaciones a distancia.

Más allá de esto, la nota dominante en los servicios de salud mental de las obras sociales y prepagas es la precarización del trabajo profesional (contratadas como monotributistas, con aranceles estipulados unilateralmente por las prestadoras de salud y sin estabilidad en el vínculo contractual), lo que en los hechos tiende a privarlos de la posibilidad de la acción colectiva para resguardar sus derechos laborales³³. Y un trabajador sin derechos, mal puede brindar una atención de calidad.

Dijimos más arriba que la demanda no cubierta por el sistema de salud público o de la seguridad social, se suple parcialmente en forma privada. Pero al costo de ser otra práctica fragmentada y sólo accesible para aquellos con mejor capacidad económica y mayores recursos culturales. Esta fragmentación redunda en contra de su capacidad de incidir significativamente en el mejoramiento general de la salud colectiva y, por otro lado, el sesgo clasista refuerza las distancias sociales crecientes promovidas por el neoliberalismo como sistema mundo³⁴.

Sin salud mental no hay salud integral

Lo dicho es algo sabido en la comunidad de profesionales de la salud. Incluso el prólogo de la ministra de Salud de la Nación Dra. Carla Vizzotti al Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025, de reciente presentación, es precedido por una frase rotunda en ese sentido: “*No hay salud sin Salud Mental y no hay Salud Mental sin inclusión social*”³⁵.

La misma definición de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud en su Constitución de 1946, organismo del que nuestro país es miembro fundador, incluye las tres dimensiones en su concepto de salud: “...un estado de completo bienestar físico, mental y social...” y aclara que no se trata “solamente de la ausencia de afecciones o enfermedades”.³⁶

Es claro que sin salud mental no hay salud integral y que la inclusión social favorece la posibilidad de la salud mental, pero el Plan presentado apunta sobre todo a generar las condiciones para la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657 y su decreto reglamentario 603/2013. Es decir, **para cambiar radicalmente el enfoque de atención de las manifestaciones más graves del padecimiento mental. Algo esencial por supuesto**. Pero no para generar un dispositivo de salud mental comunitaria, aunque ese sea el soporte requerido también para atender a aquellas.

33 <http://gacetapsicologica.com.ar/sindicato-de-psicologos/>

34 Christian Laval y Pierre Dardot, La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal, Gedisa, 2013 y Com-muns, Essai sur la révolution au XXIe siècle La Découverte, 2014.

35 <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-presento-el-plan-nacional-de-salud-mental-20212025>.

36 https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

5. El aporte sindical

Para alcanzar ese objetivo de hacer operativa la Ley Nacional de Salud Mental, las actuales autoridades del recuperado Ministerio de Salud debieron volver a poner en marcha instancias de coordinación interministerial que ya estaban en funcionamiento como resultado del anterior Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, desmanteladas por el macrismo.

Ordenado alrededor de nueve ejes, el plan recién presentado establece metas orientadas a resolver la disgregación inter e intra jurisdiccional del sector público, en camino a “la transformación y la adecuación del sistema de atención”, de acuerdo con lo postulado por la Ley Nacional de Salud Mental. Así lo dice. “La pandemia de SARS-CoV-2 ha mostrado la urgencia de implementar acciones tendientes a subsanar la fragmentación del sistema de salud, reforzando su carácter federal y el financiamiento del sector público”.

Sin lugar a dudas el abordaje integral de la salud debe implicar la compresión de que se trata de interactuar con sujetos y no con organismos biológicos, con personas y no con conjuntos de procesos metabólicos que funcionan con mayor o menor armonía. Pero a la hora de pensar los recursos humanos en salud, ese mismo ministerio y en esta misma gestión, sólo computa médicos y enfermeros³⁷ como integrantes de los equipos de salud, evidenciando un enfoque biológico y médico hegemónico al pensar la salud de las personas y la salud comunitaria.

Aun cuando se articula el Plan Nacional mencionado desde la noción de “procesos de salud-enfermedad-atención-cuidados”³⁸, sustentados “en prácticas inclusivas de base comunitaria”³⁹, la no inclusión de los otros profesionales de la salud en el cómputo de la fuerza de trabajo del sector tiene consecuencias.

Se trata en su mayoría de profesiones vinculadas a la salud mental y social (psicólogos, psicopedagogos, trabajadores sociales, musicoterapeutas, acompañantes terapéuticos, cuidadores geriátricos, entre otros), que están presentes en los sistemas de salud, de promoción social y de educación, pero muchas veces en número insuficiente, por lo que el requerimiento de sus prestaciones quedan libradas a los mecanismos de mercado.

La política que falta, la promoción de la salud mental comunitaria, es otra de las respuestas requeridas para superar la fragmentación conceptual del sistema de salud y remediar sus principales falencias.

37 <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>

38 Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025, página 17.

39 Ídem ant., página 13.

Es claro que la pandemia puso en crisis a todo el mundo. Desde el comercio internacional hasta la gastronomía y el turismo. No hubo nada al margen. El conjunto de la vida social debió reconfigurarse y adecuarse a condiciones inéditas. En especial, los sistemas de salud de cada país. En Argentina el protagonismo de las obras sociales sindicales en la cobertura de salud de la población, hizo que este subsector fuese particularmente exigido por la difícil coyuntura.

La emergencia demostró que nadie estaba preparado para afrontar una crisis de este carácter. Muchos sistemas de salud, incluso en las naciones más desarrolladas, colapsaron desbordados por la demanda incontenible causada por un mal del que se desconocía casi todo en un principio. Las escenas dantescas de lo que sucedía en diferentes partes del mundo, llenaron de angustia y temor a todos los hogares. Una mala muerte, tramitada en un estricto aislamiento respecto de los seres queridos y sin poder respirar, se cernía como amenaza real sobre cada una de las personas.

No fuimos ajenos a ese dolor. Tuvimos muchos enfermos y también muchos fallecidos por este motivo. Pero ahora anotemos ciertas cosas que resultaron bien y resultaron fundamentales en medio de esta crisis inaudita.

En primer lugar, fuimos parte de un rápido proceso internacional de aprendizaje, que de ignorarlo todo sobre la nueva enfermedad emergente pudo disponer de más de una docena de vacunas en menos de un año, hazaña nunca vista antes. También realizamos en nuestro país una intensa movilización de recursos públicos y privados para fortalecer el sistema de salud y ponerlo en condiciones de afrontar la masividad del fenómeno. Y, por último, pero no menos importante, logramos el compromiso disciplinado de la gran mayoría con las medidas de cuidado, pese a la militancia irracional de los que pretendían una imposible priorización de la economía sobre la salud, como si la economía no fuese un producto de personas sanas. Todo lo cual, en suma, posibilitó que, a diferencia de lo que sucedió en otras latitudes, no hubiese ningún colapso del sistema sanitario en Argentina. Cualquier persona que requirió asistencia, la recibió. Ese fue nuestro primer gran logro como sociedad, pese a los que apostaron al fracaso colectivo por minúsculos cálculos políticos.

Luego, la realización del trabajoso proceso de negociar el acceso a las vacunas disponibles en el mundo, con pocas certezas en cuanto a su efectiva entrega y en la cantidad acordada y con el objetivo de alcanzar la vacunación masiva de toda la población, con independencia de su condición social o de su localización geográfica, paulatinamente fue poniéndole coto a la propagación de la enfermedad, que ahora parece haber quedado atrás (hasta la próxima ola, al menos).

Lo inédito trascurrido se reflejó en el nombre elegido para la edición 2021 del Congreso Argentino de Salud. “La tormenta perfecta” lo llamaron sus organizadores, la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (ACAMI), entidad en la que se asocian prestadores y financiadores privados sin fines de lucro de programas de salud, tales como los hospitales Italiano, Británico,

Alemán, Sirio Libanés, OSDE o la Fundación Favaloro y Fleni. Tormenta perfecta por el desafío profesional y económico que implicó la pandemia, que se sumó a la fenomenal crisis social que padecemos los argentinos.

Lo cierto es que la pandemia puso en evidencia todos los déficits, algunos de larga data, que tiene nuestro sistema de salud. Y dejó a sus responsables, a cualquier nivel, con la tarea de pensar de qué forma resolverlos y aprovechar la experiencia para potenciar las capacidades existentes, que no son pocas. Empezando por la calidad de los profesionales que trabajan en el sistema en todos sus niveles.

Porque, como dijimos, no fueron todas malas noticias. También se lucieron la experticia, el ingenio y el empeño de nuestros trabajadores científicos y sanitarios para explorar y desarrollar nuevas herramientas con las que actuar en la emergencia, como consignamos en otro apartado de este trabajo.

De igual modo Argentina en poco tiempo pudo organizarse para abastecerse de gran parte de los insumos requeridos para afrontar la emergencia, también como señalamos antes. Pero por algunos de valor crucial, como las vacunas, tuvimos que esperar a que los proveedores estuviesen disponibles para abastecernos⁴⁰. Lógicamente, eso fue casi siempre después de que resolvieran el abastecimiento de las poblaciones de sus países.

Esa espera asimismo debe servir de experiencia. Es que no es un dato menor constatar que, en situaciones como la vivida, cada país prioriza la atención de sus propias necesidades y la solidaridad internacional se vuelve apenas una retórica vacía. Las mismas instituciones internacionales creadas para coordinar los esfuerzos de las naciones para afrontar problemas globales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), fueron desbordadas o desoídas por las principales potencias planetarias⁴¹.

De hecho, la sucesiva aparición de nuevas cepas que prolongan la pesadilla, fue favorecida por la desigual distribución de las vacunas disponibles, acaparadas masivamente en un reducido grupo de naciones ricas, a consecuencia del imperio de la lógica mercantil de la maximización de las ganancias, que no tiene por meta erradicar la enfermedad, sino aprovecharla como oportunidad de negocios fabulosos. Mantener abierta en el tiempo la ventana de posibilidad para que la acumulación de mutaciones posibilite el surgimiento de nuevas variantes, que incluso pueden volver inocuas las actuales herramientas terapéuticas, sólo resulta útil a las expectativas de mayores ganancias de las multinacionales farmacéuticas.

40 Aunque tenemos al menos tres candidatos vacunales en desarrollo, en el mejor de los casos la posibilidad de su uso en la población será a fines del año 2022.

41 Además de que se ignoraron las advertencias de la OMS en este sentido, se le impuso la demora en el proceso de reconocimiento de los inmunizantes rusos y cubanos, imponiendo una lógica de guerra fría donde debía primar el objetivo humanitario de lograr lo antes posible acceso a vacunas para todos los países del mundo.

Construir soberanía sanitaria entonces no es un objetivo intrascendente en un mundo en el que son de esperar nuevos desafíos semejantes al planteado por el coronavirus⁴².

Antecedentes de las Obras Sociales Sindicales (OSS)

Señalan Pedro Wasiejko, Ricardo Gutiérrez y Alberto Genoud⁴³ “Las obras sociales sindicales tienen su antecedente en las asociaciones de socorros y mutuales que mayoritariamente fueron fundadas por los inmigrantes como forma de brindar asistencia a este sector de la población, incluyendo también lo que se refiere a los servicios de salud. De esta manera, el asociativismo y la solidaridad en una primera instancia permitió resolver en alguna medida la deficiencia de infraestructura del sistema de salud que se administraba desde el Estado. En este contexto se constituyeron distintos hospitales de comunidad que tuvieron un origen societario y de participación solidaria.”

Algunos de esas asociaciones mutuales persisten entre nosotros, aunque en especial los llamados “hospitales de comunidad”⁴⁴, formados por migrantes agrupados por nacionalidad de origen, afrontaron en el transcurso de más de un siglo las consecuencias de la asimilación de esas personas en la población general (con el consiguiente desapego paulatino de las entidades comunitarias) y los avatares de la situación económica nacional, que los obligó a reconvertirse en muchos casos en empresas de medicina pre paga y los hizo desaparecer en otros, como el ex Hospital Francés mencionado en el Convenio Colectivo de Trabajo del sector.

30

“Ya a inicios del siglo XX y durante la gestión de Hipólito Yrigoyen se creó el Departamento Nacional de Higiene a través del cual se estableció el rol fundamental del Estado para combatir las epidemias. En ese contexto se aumentaron los recursos por parte del Estado destinados a investigar y erradicar enfermedades, entre ellas el paludismo, el tifus exantemático y la peste bubónica, entre otras. La creación de aquel Departamento fue el precedente del Ministerio de Salud Pública que luego creó Juan Domingo Perón, que fue quien en su gobierno con Ramón Carrillo marcó un antes y un después en lo que se refiere a la salud pública. Durante su gestión, se construyeron hospitales, centros sanitarios, hogares escuelas, hogares para ancianos, institutos de formación en enfermería, entre otros. Se estableció la atención gratuita para toda la población y se crearon políticas públicas

42 ““La próxima pandemia puede ser peor”, alerta la creadora de la vacuna AstraZeneca”, publicaba el diario Ámbito Financiero el 8 de diciembre. <https://www.ambito.com/mundo/pandemia/la-proxima-puede-ser-peor-alerta-la-creadora-la-vacuna-astrazeneca-n5330293>

43 Antecedentes de las obras sociales sindicales e importancia de un Sistema de Salud Integrado. Capítulo VIII del libro Integrado. Aportes para la discusión de un nuevo Sistema Nacional de Salud en Argentina. Giglio Prado y Pablo Torres, compiladores. MT Editores, Buenos Aires, 2021.

44 Universo bien descrito para la Ciudad de Buenos Aires por el Convenio Colectivo de Trabajo- C.C.T. 103/75 de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA), cuyo secretario general es Héctor Daer, integrante del triunvirato de secretario generales que actualmente conduce la CGT, principal central sindical del país. Dice que “Comprende al Personal Técnico, Administrativo y de Maestranza de los Hospitales Particulares, de Beneficencia y Mutualidades de la Ciudad de Buenos Aires (Hospitales Alemán, Británico, Centro Gallego, Español, Francés, Israelita, Italiano, San Martín, Sirio Libanés y ALPI)”. Ver <https://www.sanidad.org.ar/acciongremial/cct/c103.aspx>

como el Tren Sanitario, que llegaba a distintos puntos del país para brindar capacitaciones en educación para la salud y atención médica en las diferentes ramas de la medicina. También impulsó campañas masivas de vacunación en todo el territorio⁴⁵, refieren los autores ya citados sobre los primeros pasos de la política pública de salud en nuestro país.

Con la irrupción del peronismo en la vida política del país, asimismo un nuevo actor comenzó a cobrar creciente relevancia en la implementación de todas las políticas públicas, en razón de la importancia estratégica que le asignó Perón a su plena integración social. Los trabajadores organizados sindicalmente asumieron protagonismo también en el diseño y gestión de las políticas de salud.

Así lo refieren los mismos autores antes citados: “En la década del 40 se podían encontrar diferentes grupos laborales que lograron el apoyo estatal para la organización de regímenes de atención médica a través de la forma del seguro social que tenía alrededor de un millón de afiliados de una población de alrededor de 14 millones. Un antecedente más lejano de gremios ocupados en la atención de la salud de su propia gente se puede encontrar en el ferroviario a finales del siglo XIX. En noviembre de 1944 el gobierno estableció por decreto la Comisión de Servicio Social, que fue la encargada de promover el desarrollo de servicios sociales en los establecimientos en los que se prestaran tareas retribuidas con el fin de prestar, entre otros servicios, el de atención médica y farmacéutica a precio de costo, entre otras cuestiones. Es por esta razón que muchos consideran esta fecha como el nacimiento de las obras sociales.”⁴⁶

“Esta normativa alentó indudablemente la gestación y crecimiento de diversas obras sociales sindicales en el mismo momento en que el Estado creaba otras obras sociales por ley o decreto. Ejemplo de estos últimos casos son los decretos 9.644/44 (Ferroviarios), 41.32/47 (Ministerio del Interior), 18.484/48 (Secretaría de Trabajo y Previsión), 18.909/48 (Agricultura y Ganadería) y 39.715/48 (Educación) y las leyes 13.987 y 14.171 (Bancarios), 14.056 (Vidrio) y 14.057 (Seguros).”⁴⁷

Claro que estas ampliaciones de los beneficios sociales de los trabajadores, a costa de modificar la cultura empresarial predominante y los intereses de las corporaciones médica y farmacéutica, fueron resistidos y alimentaron una reacción política contraria, que se terminó de expresar en el sangriento golpe cívico militar que desalojó del gobierno a Perón, violentando los principios democráticos y republicanos que sus mentores decían resguardar. Los efectos de la violencia política desatada sobre la salud pública fueron interrumpir los avances logrados (incluso suspendiendo la edificación de hospitales en construcción y destruyendo equipamiento por el mero hecho de llevar el nombre de la Fundación Eva Perón).

45 Pedro Wasiejko, Ricardo Gutiérrez y Alberto Genoud. Ob. citada, página 132.

46 Ob. Cit. Página 133. Las negritas son mías (N. del A)

47 Amanda Galli, Marisa Pagés y Sandra Swieszkowski. El Sistema de Salud en Argentina.

Más allá de estos efectos políticos, la autogestión sindical de las políticas de salud implicaba exigencias no siempre a la altura de las capacidades de las organizaciones de los trabajadores, aun contando con un importante acompañamiento estatal.

Así lo registra otro autor⁴⁸: “Pese al apoyo estatal y a los aportes de los trabajadores, la iniciativa de algunos sindicatos de construir sus propios policlínicos y hasta de suministrar medicamentos en forma gratuita a sus afiliados, tuvo sus inconvenientes. Fue el propio Ángel Borlenghi, ministro del Interior y secretario del Sindicato de Comercio, quien lo advirtió en 1954: “Consideramos que una organización de nuestro carácter no puede costear este beneficio en forma continuada, porque ello implicaría un drenaje económico de los fondos sociales, que obligaría en un momento dado a suprimir una asistencia de esa magnitud. Esta materia la hemos estudiado bien y sabemos que son muchos los que se encuentran frente a problemas económicos insolubles por haber implantando este servicio social...”. En consecuencia con la advertencia de Borlenghi, la Unión Tranviarios Automotor no pudo terminar de construir su Policlínico Central en Puerto Nuevo, pese a que había obtenido los terrenos gratuitamente. A fines de 1954 decidió proceder a su venta.”

32

Pese a estos obstáculos y por razones muchas veces ajenas a la buena planificación sanitaria, las experiencias de OSS continuaron desarrollándose en nuestro país, hasta consagrarse con la decisiva Ley de Obras Sociales 18.610, sancionada en 1970.

Las OSS en el sistema actual

Como ya adelantamos, es a través de tres grandes subsectores que convergen en el cuidado de la salud de la población en general, el público, el privado y el de la seguridad social, más otros especializados en aquellos con capacidades diferentes, consumos problemáticos o en las enfermedades y accidentes laborales, que se canaliza en conjunto una inversión social global que bordea el 10 por ciento del PBI, monto que no asegura buen acceso a la salud para todos.

Estas son cifras globales que, como siempre, esconden profundas desigualdades. Muchas de ellas son estructurales, como las implicadas en el subsistema de obras sociales sindicales, cada una de las cuales tiene recursos dependientes de los niveles salariales del gremio al que atienden y que, por lo mismo, calca las diferencias económicas que existen entre los diferentes colectivos de trabajadores.

En este punto es oportuno recordar algo. Gran parte de lo construido en torno a los diferentes subsistemas de salud se relaciona con el paulatino abandono de la idea rectora del primer ministro de Salud de la Nación, de que el sistema público nacional llegara a todos los rincones y a todos los habitantes por igual, de forma similar a lo que sucede en el Reino Unido o en el Reino de España.

48 Obras Sociales: antecedentes. Oscar Ernesto Garay. Artículo publicado en el Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina (DELS) del Ministerio de Salud de la Nación. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales-antecedentes>

La equidad que ahora vuelve a aparecer como una meta deseada, estaba establecida como prioridad en los comienzos de la salud como política pública en Argentina.

El abandono de ese primer objetivo fue paulatino. Primero se trasladó a las organizaciones sindicales la tarea de dar respuestas a los problemas de salud de los trabajadores y sus familias. Hoy representan la cobertura, no sólo de salud, de más de 16 millones de argentinos. Luego el estado nacional transfirió sin recursos a las provincias gran parte del sistema público y, por último, los sectores de mayores ingresos pudieron acceder a seguros privados de salud, terminando de fragmentar la concepción solidaria que le había dado en el inicio Ramón Carrillo. En el camino además, tanto Nación como las provincias generaron coberturas diferenciadas para los trabajadores estatales o beneficiarios de los sistemas previsionales, distintas de las brindadas a la población en general, profundizando la fragmentación.

Las pandemias como la producida por el coronavirus no reconocen esas diferencias de clases y sectores sociales; enferman a todos por igual. Pero se sabe que las resisten mejor aquellos que se encuentran en mejor estado de salud y que tienen acceso preferencial a los remedios disponibles en cada momento. Por eso, recuperar la equidad original del sistema con los recursos disponibles, es un desafío de renovada vigencia.

33

La centralidad impuesta de la OSS

En el origen de este proceso de desarticulación de la centralidad del sistema público en la atención de la salud, proceso que recorre gran parte de nuestra historia contemporánea, se trataba inicialmente, como reconocen los autores de “*Mitos y realidades de las Obras Sociales*”⁴⁹, de una búsqueda de la “reducción del gasto público y la descentralización administrativa”. Búsqueda que, con diferentes nombres, se reiteró en cada intento de remodelación neoliberal de nuestra sociedad desde entonces y que esconde la voluntad de la minoría más acaudalada de eludir la carga impositiva que implica un Estado nacional fuerte y presente en todos los tópicos estratégicos del desarrollo nacional.

Ambas metas fueron establecidas por quienes sucedieron al Gral. Perón luego de su cruento derrocamiento militar en 1955 y que coincidieron en el tiempo con la persistencia de la “proyección influyente del sindicalismo peronista y de la corporación médica”⁵⁰. Esto habilitó la posterior decisión de “colocar en manos de las entidades sindicales, en desmedro del sector público, la responsabilidad del sistema de salud”⁵¹, que se consagró con la Ley de Obras Sociales 18.610, sancionada en 1970.

49 Torres, Rubén; Jorgensen, Natalia y Robba, Manuela. *Mitos y realidades de las Obras Sociales. Sofismas y falacias sobre el sistema de seguridad social en salud en Argentina*. Ediciones Isalud. Ciudad de Buenos Aires. 2008.

50 Ob. Citada. Página 45.

51 Ídem anterior. Las negritas son mías (N. del A).

Esta normativa estableció un sistema de financiación para las obras sociales basado en aportes obligatorios de trabajadores y empleadores, calculados como a un porcentaje sobre la nómina salarial (el doble en el caso del empleador). Las entidades debían destinar el 70% de sus ingresos así recaudados a proveer servicios de atención médica a sus afiliados, según lo estipulado por la normativa.

En forma paralela, se creó el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), como un ente regulador dependiente del Ministerio de Bienestar Social y destinado a administrar un fondo de redistribución, previsto para la asistencia financiera de las obras sociales que presentaran dificultades para cubrir el monto de sus egresos.

La ley 18.610 también estableció prestaciones mínimas a cargo de las Obras Sociales sindicales. Entre ellas atención médica en consultorio y domicilio, internación, servicios de urgencia, prestaciones complementarias de diagnóstico y tratamiento y atención odontológica. Otra ley, la 19.710, fijó el régimen de contratos con las asociaciones gremiales médicas y otras instituciones prestadoras de servicios.

Este esquema de prestaciones se asentó sobre una tradición que se remontaba a más de un siglo de mutuales de colectividades y gremiales⁵² y en un momento histórico del país en el que la tasa de desocupación oscilaba entre el 4,4% de 1969 y el 7% de 1956-58, sobre la población económicamente activa⁵³, situación que se mantuvo sin grandes cambios hasta el retorno democrático⁵⁴, pero que desde entonces ha registrado cambios dramáticos.

Los precedentes ignorados

La existencia de esa historia previa a la Ley 18.610, también debería haber incluido el conocimiento de los problemas que se generaban con la consagración de las Obras Sociales sindicales como eje principal del sistema de salud en el país.

Apenas derrocado Perón, en 1957 un congreso de las asociaciones médicas reunido en San Luis señalaba que “las obras sociales y mutualidades no están en condiciones, por razones financieras y técnicas, para atender en forma eficiente la prestación de una medicina integral, asistencial y preventiva, de acuerdo con el progreso técnico y científico de la época”⁵⁵. Como solución, obviamente, proponían “articular un seguro de salud organizado por los médicos”, indica Oscar Garay en el texto anteriormente citado.

52 <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales-antecedentes>

53 <https://aaep.org.ar/anales/works/works1986/arnaudo.pdf>

54 Ídem anterior.

55 <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales-antecedentes>

Poco tiempo después, el Consejo Federal de Seguridad Social (COFESES) creado en 1961 a instancias del gobierno de Frondizi con el objeto de promover un Sistema Federal de Seguridad Social que unificara la previsión y la asistencia, diagnosticaba respecto de las obras sociales sindicales existentes en ese momento que “Observan prestaciones de pobre calidad, parciales o limitadas, remuneración inadecuada al personal médico, maquinaria burocrática asfixiante, gran quebranto económico- financiero...”⁵⁶.

Si bien estas observaciones expresaban intereses sectoriales también activos en el presente y, por lo mismo, manifiestan una verdad parcial y eventualmente, distorsionada, el panorama que describían no ha cambiado demasiado con los años, aunque muchas obras sociales sindicales brindaron y brindan servicios de excelencia a sus afiliados, por lo que incluso en la actualidad compiten exitosamente con las empresas de medicina prepaga.

Sucede que el mundo del trabajo en el que surgieron --mundo en el que lo distintivo era el predominio de la relación salarial--, se deterioró tercerizaciones y flexibilizaciones mediante, erosionando la base social sobre la que se estructuró en sus inicios el sistema de obras sociales sindicales y expandiendo la pobreza estructural en nuestra población.

Además, las sucesivas reformas del sistema lo empeoraron paulatinamente, hasta llegar a un panorama que, para la mayoría de las obras sociales sindicales que carecen de una red propia de prestadores de salud (sólo un reducido número de las más grandes la tienen), se asemeja al que describen con precisión Daniel Gollán y Nicolás Kreplak en el siguiente párrafo:

“Esta puja de actores por una porción de los recursos finitos disponibles para salud también produce un aumento innecesario del gasto, no solo por los factores ya descriptos de inefficiencia por precios altos de los medicamentos o por uso excesivo de la tecnología, sino por la propia desorganización del sistema, **que a esta altura parecería estar bastante organizada por esos actores lucrativos**. Analicemos solo a modo de ejemplo lo que sucede con un afiliado a una obra social “A” (que tiene su estructura de administración) que opta por otra “B” (también con estructura de administración, pero sin estructura prestacional propia), que contrata a una empresa de medicina prepaga (que tampoco tiene estructura prestacional propia, o la posee parcialmente, pero sí estructura de administración), que a su vez contrata a setenta y cinco grupos de prestadores (cada uno con su estructura de administración). **Ese afiliado no ha tomado ni una aspirina, y con el dinero de los aportes y contribuciones patronales de su salario, más la diferencia que tiene que abonar por la prepaga, ya está pagando cinco estructuras de administración.** Aclaremos que esto no es un caso teórico, sino real. Cuando más se desorganizan los sistemas, más caros son y, por ende, la inequidad para el acceso se profundiza.”⁵⁷

56 Ídem anterior.

57 Pag 118. La salud sí tiene precio. Gollán, D., Kreplak, N. y García, E. (comps.) Siglo XXI Editores. Buenos Aires. 2021. Las negritas son mías (N. del A).

Realidad que también constatan otros autores. “Los prestadores privados son hoy los principales proveedores de servicios asistenciales para los beneficiarios de las obras sociales y han constituido grandes organizaciones representativas de los prestadores de todo el país como la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECLISA), Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA) y Confederación Unificada Bioquímica de la República Argentina (CUBRA).”⁵⁸

La pandemia y las obras sociales sindicales

Con una trayectoria de más de medio siglo, el subsector sindical de las obras sociales en la crisis sanitaria actual no sólo proveyó cobertura de salud a un tercio de la población argentina, con todas las dificultades operativas que ello implicó, sino que puso a disposición de las autoridades de salud provinciales y nacionales una parte importante de su significativo equipamiento en hotelería para generar en la emergencia los centros de aislamiento necesarios para contener la difusión de la infección.

De todos modos, si para el sector privado sin fines de lucro se trató de una “tormenta perfecta”, para las obras sociales sindicales que ya arrastraban problemas estructurales de antaño, las cosas no fueron mejores, en la medida que además debieron afrontar la merma de sus ingresos por cotizaciones --causada por la pérdida de afiliados--, la disminución de la masa salarial y el crecimiento vertical de sus costos operativos. Además hay que tener en cuenta que no puede pensarse, más que de modo limitado, a estos dos subsectores como ámbitos separados, en la medida que muy pocas obras sociales sindicales tienen efectores propios de salud y que, por el contrario, la gran mayoría contrata efectores privados, limitándose a financiar los planes de salud con los que cubren a sus afiliados.

Aunque la contención social implementada por las autoridades nacionales implicó un esfuerzo público inusual destinado al sostenimiento del empleo privado, la duración de la crisis sanitaria, las fuertes restricciones a la presencialidad de todas aquellas labores consideradas no esenciales, la necesidad del distanciamiento como medida primaria de protección y los mismos temores de la población, disminuyeron drásticamente muchas actividades, con su impacto en la ocupación y en los ingresos por cotizaciones que financian este subsector. Por el contrario, las mismas circunstancias redujeron el conjunto de las consultas ambulatorias al sistema, en la medida que no eran urgentes. De esta forma, los recursos disponibles se volcaron en su mayoría a solventar la emergencia.

Entre tanto, el costo de la actividad sanitaria no dejó de crecer. No sólo por las exigencias multiplicadas de equipos de protección personal requeridos para resguardar la salud de los trabajadores sanitarios o de implementos para controlar sistemáticamente la temperatura corporal de quienes concurren a los centros de salud. Todo el conjunto de insumos, medicamentos o equipos requeridos por

la actividad aumentó sus precios, más allá de los niveles promedio de inflación. Incluso más que en la mayoría de los países⁵⁹.

Lo mismo sucedió con algunos de los servicios esenciales para las prestaciones de salud como la electricidad o las comunicaciones. Esto afectó negativamente la implementación de la atención remota como alternativa en la crisis, que pese a ello se impuso, incluso teniendo que lidiar con la pobre calidad prestacional de las telecomunicaciones en nuestro país⁶⁰

Así las cosas y en la emergencia, la viabilidad financiera de muchas obras sociales sindicales se vio comprometida, por lo que los sindicatos debieron fondearlas con recursos propios, además de requerir subsidios extraordinarios del estado nacional⁶¹ y a que muchas prestaciones no esenciales en la emergencia, fueron recortadas o postergadas.

Radiografía del sector

Las OSS conforman un grupo de cerca de 300 instituciones diferenciadas por rama laboral, que se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), organización autárquica del ámbito del Ministerio de Salud de la Nación. Brindan cobertura médica a los trabajadores y familiares adherentes por rama. Se encuentran financiadas por aportes sobre el salario (3% del trabajador y 6% del empleador), y tienen una distribución solidaria al interior de cada OS (cada uno aporta en función de lo que gana, pero consume lo que necesita), pero no entre ellas debido a sus diferencias de ingresos y convenios.

La SSS tiene normatizado el Programa Médico Obligatorio (PMO), que también regula las prestaciones de las empresas de medicina prepaga, pero no al PAMI, las obras sociales provinciales y otras obras sociales nacionales, ni tampoco las prestaciones del sistema público. En el ámbito de la SSS funciona el Fondo Solidario de Redistribución (FSR), formado con el 15% de los aportes, para la cobertura de prestaciones de alto costo.

Las OSS tienen un alto nivel de heterogeneidad en el volumen de su padrón de afiliados, existiendo algunas entidades de 2 millones de afiliados y muchas otras de menos de mil. Dadas las diferencias financieras

59 “Argentina es el país en donde más aumentaron los servicios de salud”, publicaba el diario Ámbito Financiero el 20 de noviembre de 2021. Agregaba que “Comparados con otros bienes subió 13,2% por encima de la inflación, según un estudio basado en 42 naciones”, haciendo referencia a un estudio del Instituto Argentino de Análisis Fiscal que comparó la volatilidad de los precios relativos entre diciembre de 2016 y setiembre de 2021 en ese números de países. En el nuestro, el rubro “vivienda, agua, electricidad y otros combustibles” casi triplicaba el incremento relativo de los servicios de salud, seguido por poco por el rubro “Comunicaciones”, también de fuerte incidencia en las prestaciones de salud.

60 Argentina se ubicaba sexta en la región por velocidad de bajada en la red móvil, por detrás de Uruguay, Cuba y México, y muy lejos del líder mundial que era Corea del Sur en 2019. Con valores de 23,48 megabits por segundo, nuestro país estaba entonces por debajo de la media mundial de 27 Mbps y casi en un quinto de la capacidad de Corea del Sur, de 112 Mbps, según la investigación realizada por Speedtest y publicada en julio de ese año. Ver: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-50604735>

61 <https://www.ambito.com/politica/cgt/exclusivo-presiona-aporte-35-mil-millones-obras-sociales-n5350333>

derivadas, su capacidad de negociación para la compra de bienes y servicios y para la contratación de convenios con prestadores es altamente asimétrica. Este subsistema, incluyendo las de personal de dirección, cubre una población total de más de 16 millones de afiliados, el 31% de la población argentina y se rige por las leyes 23660 y 23661 del sistema nacional de OS y sus normas complementarias.⁶²

Torres, Jorgensen y Robba señalan que el sector de OSS “se caracteriza por una alta concentración de afiliados en pocas entidades y una gran dispersión en el nivel de ingreso per cápita.”⁶³ Según estos autores esta condición reconoce más de un origen. Entre ellos “las reformas que se sucedieron en el sistema a lo largo del tiempo. En particular, en los años noventa, el proceso de libre opción de OS y desregulación de la contratación de prestadores, acorde con lo dispuesto en el Decreto 9/1993⁶⁴, atentó notablemente contra la solidaridad fragmentada que caracterizaba previamente al sistema”.

Aunque ese decreto habilitaba la posibilidad de “fusionarse, federarse o utilizar otros mecanismos de unificación, total o parcial, para el cumplimiento de sus objetivos y los perseguidos por el presente Decreto”⁶⁵, nada de eso ocurrió y si se afianzó el proceso conocido como “descreme”, dado que a “partir de la desregulación, los afiliados cuentan con la posibilidad de derivar sus aportes y contribuciones a la OS de su elección, lo cual debilita el efecto de los subsidios cruzados entre los afiliados de mayores y menores ingresos al interior de cada rama de actividad y favorece la concentración de los afiliados de mayores aportes y menor riesgo en un grupo determinado de OS”.⁶⁶ “Adicionalmente, el carácter solidario del sistema también se vio afectado en su financiamiento por la transferencia de recursos al sistema privado de salud, a partir de la creación de planes supervisadores que prestan servicios mediante la contratación de empresas privadas de medicina prepaga (EMP) que actúan bajo la figura de redes prestacionales”, indican los autores mencionados como otra tensión sufrida por el sector de OSS.

Por último también consideran que en el mismo sentido, “La incorporación de regímenes especiales, como el simplificado de pequeños contribuyentes (monotributo) y de empleadas de casas particulares, contribuyeron también a la nueva configuración del sistema”. Elementos que, sumados a los anteriores, termina consagrando la enorme heterogeneidad del sub sector, en el que el 5% de

62 Derecho a la salud y el proceso de Reforma del Sistema de Salud Argentino de 1990 a 2018. Daniel Godoy, Luis Migueles, Irina Dozo y Pedro Orden. Dirección y Equipo de investigación del IDEPSalud (Área de Salud del Instituto de Estudios sobre Estado y Participación/ATE Argentina), centro miembro CLACSO. <http://idepsalud.org/>. En Refundación de Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe. Gonzalo Basile y Antonio Hernández Reyes. CLACSO. 2021.

63 Torres, Rubén; Jorgensen, Natalia y Robba, Manuela. Ob. Citada, página 117.

64 Firmado por Carlos Menem, Julio C. Araoz (Ministro de Salud y Acción Social) y Enrique O. Rodríguez (Ministro de Trabajo).

65 Art. 10 del mencionado Decreto.

66 Torres, Rubén; Jorgensen, Natalia y Robba, Manuela. Ob. Citada, página 117. Los mencionados autores analizan el conjunto de las obras sociales nacionales, abarcando las propiamente sindicales con las de personal de dirección como OSDE y ASE, y empresas cooperativas como Sancor Salud.

las entidades (unas 14) tiene el 50% del total de los beneficiarios, mientras que, en el otro extremo, 230 obras sociales nuclean a menos del 20% del total de beneficiarios.

A esta disparidad hay que sumarle otra demográfica, ya que un elevado porcentaje de los beneficiarios se concentra en la provincia y la ciudad de Buenos Aires (58,45% del total de beneficiarios de obras sociales nacionales según los autores citados en base a datos de la Superintendencia de Servicios de Salud). Si a estas dos primeras jurisdicciones, se le adicionan las siguientes siete por número de beneficiarios, se concentra casi el 90% del total (87,03), mientras que en las restantes 15 provincias del país se distribuye el 12,97% de los beneficiarios del sector. Como resultado previsible, muchas obras sociales no alcanzan el centenar de afiliados en muchas provincias, a los que de todos modos deben brindarles asistencia.

Estos rasgos extremos de dispersión y desorganización del sistema, aconsejaban algunas acciones antes de la pandemia, que ahora resultan más acuciantes, empezando por un mayor compromiso estatal en el financiamiento y articulación del sistema en su conjunto.

Torres, Jorgensen y Robba proponen en su libro algunas medidas, tales como “estudiar la realización de compras centralizadas” y ponen como ejemplo la experiencia hecha con medicamentos para tratar la hemofilia; también la implementación “de una plataforma integrada de datos de afiliados de todos los subsectores del sistema de salud” para agilizar “el intercambio de información y mayor vinculación entre los actores”; y la implementación efectiva del sistema de contrataciones regionales de las OS dispuesta por el Decreto 317 de 2005, ponderando que esa norma “incluye algunas innovaciones muy interesantes”, como la “exigencia a los prestadores de tener un primer nivel de atención resolutivo e integrada a la red”⁶⁷.

Siendo las obras sociales nacionales en su mayor número de origen sindical, también cabría esperar un propio mecanismo endógeno de paulatina integración de servicios, ya sea mediante el desarrollo de efectores propios compartidos entre varias OSS, la contratación conjunta de insumos y servicios u otras alternativas similares que optimicen el uso de los recursos económicos disponibles, como el desarrollo de proveedores nacionales de insumos críticos.

Transitar esos caminos no implica resignar la definida pertenencia gremial pero si potenciar el carácter solidario del sistema prestacional administrado por las organizaciones sindicales, poniendo de relieve las diferencias existentes con la lógica empresarial.

6. A modo de epílogo



En un primer momento, habíamos pensado en titular estas páginas “curar a la salud”. Una forma de señalar que la salud pública en Argentina requiere de una fuerte intervención que resuelva sus debilidades estructurales, peligrosamente evidenciadas por la emergencia sanitaria que afrontamos.

Finalmente, desechamos esa posibilidad y nos inclinamos por “Sistema Nacional de Salud. La integración es el camino”, que contiene en su formulación la propuesta principal que se desarrolla a lo largo del texto, a medida que se desarrolla la presentación de los diferentes problemas que se plantean.

Se trata, además y en otro sentido, de un mejor nombre para esta presentación. Porque si en los individuos la salud es uno de los polos de un continuo salud-enfermedad y nadie nunca está plenamente sano ni absolutamente enfermo, la “salud” en las sociedades no existe más que como un sistema de políticas públicas, cuyos rendimientos, en términos de bienes sociales, sean o no abundantes y adecuados, no pueden nombrarse como sanos o enfermos, a menos de que hagamos un fuerte reduccionismo biológico o higienista de la realidad político social.

La riesgosa fragmentación del sistema de políticas sanitarias, que se fue generando a lo largo de décadas por la acumulación de intervenciones tendientes en lo esencial a mercantilizar el acceso a las prestaciones, es el principal déficit a abordar. Pero no puede hacerse más que en un proceso de paulatina integración, cuyos ejes principales de acuerdo a nuestra propia historia, tendrán que ser el sector estatal, por un lado, y el sector de las obras sociales sindicales, por el otro.

Para avanzar en el primero, que en la pandemia resultó decisivo por ser el único con efectiva capacidad de expandirse a la velocidad requerida para contener la posibilidad de un colapso, es menester sobre todo la voluntad política de articular funcionalmente como un único subsistema los diferentes actores institucionales existentes. De hacerlo, por su gravedad y por la capacidad de rectoría del Estado nacional sobre el conjunto del sistema de salud, se traccionará al resto de los actores.

Hacerlo requiere además de un mayor activismo estatal en el desarrollo de un “complejo económico-industrial de la salud”, como lo menciona Carlos A. Grubois Gadelha⁶⁸; activismo que importa no sólo para mejorar la eficiencia de la inversión en salud, sino para promover un entramado de investigación y desarrollo que habilite una mejor inserción argentina en la economía internacional, afianzada en nuestra capacidad de generar tecnologías y conocimientos en un conjunto de sectores centrales en el proceso de transformación productiva que atraviesa el mundo en la actualidad.

68 **La salud sí tiene precio.** Gollán, D.; Kreplak, N. y García, E. (compiladores). Capítulo 6. Complejo económico-industrial de la salud. Carlos A. Grubois Gadelha, Enio García y Nicolás Kreplak.

Dedicamos un lugar de relevancia a la ausencia de una política de salud mental comunitaria, por su relevancia al considerar la respuesta social a la situación inédita que atravesamos, enmarcada dolorosamente en nuestro país por una extrema crisis social y política. Si la pobreza debe considerarse como uno de los determinantes sociales de la enfermedad, el malestar acumulado en quienes no tienen acceso a su sustento cotidiano, o lo tienen en forma indigna, también es un poderoso generador de frustraciones y resentimientos que, si no han hecho eclosión, ha sido por la enorme trama solidaria que los contiene.

Sólo en la ciudad de Buenos Aires las organizaciones sociales estimaban en 2021 que existían unos cuatro mil comedores populares⁶⁹ organizados por iglesias, movimientos sociales y corrientes políticas populares, las que brindaban con el esfuerzo cotidiano de decenas de miles de voluntarios, raciones de comida a más de un décimo de la población porteña. Esa enorme inequidad social también debe remediarse y lo puede hacer mediante la participación protagónica y consciente de los propios afectados. Recorrer ese camino es un sendero virtuoso de movilización popular a favor de la propia salud mental, que también tiene que impactar en el diseño y ejecución de las políticas de salud.

Si “La guerra es un asunto demasiado serio como para dejárselo a los militares”⁷⁰, las políticas públicas de salud, que a todas y todos nos afectan, no pueden estar reservadas sólo a los especialistas. Promover la participación comunitaria en su implementación es también un camino para conseguir entre todos una mejor salud en Argentina.

69 Ver “El último dique de contención”, nota de Mateo Lazcano para la Cooperativa de Editores Barriales, publicada el 6 de octubre en el portal www.sintesiscomuna3.com.ar http://www.sintesiscomuna3.com.ar/amplia-nota.php?id_n=3035

70 Georges Clemenceau fue un médico, periodista y político francés que alcanzó el cargo de primer ministro y jefe de gobierno durante el régimen de la Tercera República Francesa (1849-1929).

Agradecimientos

A los Dres. Alberto Kohen, Héctor Verón y Giglio Prado,
por sus observaciones y aliento.